

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1965 - N° 4.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE nosologique, clinique et structurale DES PARAPHRÉNIES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le Mercredi 6 Janvier 1965.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGIN Bernard

Né le 18 Octobre 1932, à Dijon (Côte-d'Or).



BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

—
1964

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1965 - N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE nosologique, clinique et structurale DES PARAPHRÉNIES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le Mercredi 6 Janvier 1965.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGIN Bernard

Né le 18 Octobre 1932, à Dijon (Côte-d'Or).



BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

—
1964

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. J. LEPINE (Membre de l'Institut)	Doyen Honoraire.
M. H. HERMANN (Correspondant de l'Institut)	Doyen Honoraire.
M. J. F. CIER	Doyen.
M. M. LEVRAT	Assesseur.
M. L. REVOL	Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON

PROFESSEURS :

MM. CIBERT	Clinique urologique.
PONTHUS	Physique biologique.
(détaché à Beyrouth)	
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale.
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie.
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B.
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B.
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires.
CROIZAT	Clinique médicale C.
ENSELME	Chimie biologique et médicale.
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A.
REVOL	Pharmacie galénique.
POLLOSSON	Clinique gynécologique.
PIGEAUD	Clinique obstétricale.
BOURRET	Médecine du Travail.
LEVRAT	Clinique médicale A.
SOHIER	Hygiène et Action sanitaire et sociale.
NETIEN	Botanique et Cryptogamie.
BERTRAND	Clinique chirurgicale C.
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique.
DREVEN	Pharmacie chimique et Pharmacologie.
ROCHE	Médecine légale et Déontologie.
COUDERT	Parasitologie et Pathologie exotique.
MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie et d'Audio-Phonologie.
PAUFIEUE	Clinique ophtalmologique.
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie.
BRUN	Clinique de pneumo-phthisiologie.
CREYSSEL Jean	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique.
DARGENT	Clinique carcinologique.
GUICHARD	Anatomie pathologique.
GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale.
LATARJET	Anatomie.
PEYCELON	Pathologie chirurgicale.
GIRARD Marcel	Clinique médicale. D.
VACHON	Pathologie médicale.
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires.
PAPILLON Jean	Radiologie.
JEUNE	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.
GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatoilogie et écologie sociale.
MONNET	Bactériologie.
BANSSILLON	Physiologie et Pathologie obstétricales.

PROFESSEURS (suite)

MM. CHATONNET	Physiologie B.
GUINET	Clinique endocrinologique.
TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique.
FREIDEL	Clinique stomatologique.
MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles.
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique.
DUMONT Louis	Histologie et embryologie.
PERROT	Chimie.
CIER J. F.	Physiologie A.
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.
MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque.
X...	Biologie médicale et pharmacodynamie.
X...	Clinique des maladies infectieuses.
X...	Clinique gynécologique.
X...	Thérapeutique.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine.
BERTOYE	Bactériologie.
MANSUY	Neuro-chirurgie.
COLLET	Chimie générale et pharmaceutique.
SARROUY	Clinique de pédiatrie et puériculture.
LACROIX	Hygiène et climatologie.
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique.
LECUIRE	Neuro-chirurgie.
REVOL	Médecine générale.
GOINARD	Thérapeutique chirurgicale.
CIER André	Pharmacie chimique et pharmacologie.
PONT Maurice	Médecine générale.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie.
FEROLDI	Anatomie pathologique.
MORET	Physique biologique.
ODDOUX	Botanique et cryptogamie.
DE SOLLIERS	Chimie analytique.
DESPIERRES	Médecine générale.
TOLOT	Médecine du travail.
GARIN	Parasitologie.

MAITRES DE CONFERENCES AGRÉGÉS TITULAIRES

MM. CREYSSEL Roger	Chimie biologique.
THIVOLET	Hygiène.
PINET	Electro-radiologie.
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie.
DESCOTES	Chirurgie générale.
JOUVET	Pathologie expérimentale.
PEYRIN	Physique biologique.
TOMMASI	Anatomie pathologique.
BUFFARD	Electro-radiologie.
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique.
de MOURGUES F.	Stomatologie.
NAUSSAC	Maladies infectieuses.
REBOUILLAT	Chirurgie générale.
ROMAGNY	Pédiatrie.
DELAHAYE J. P.	Médecine générale.
DELEUZE	Anesthésiologie.
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique.
MICHEL	Anesthésiologie.
FRANÇOIS	Pédiatrie et puériculture.
MICHOULIER	Chirurgie générale.
COLOMB	Dermatologie.
LAMBERT	Médecine générale.

MAITRES DE CONFERENCES AGRÉGÉS TITULAIRES (Suite)

MM. FRIES	Médecine générale.
GILLY	Pédiatrie.
ROBERT.	Médecine générale.
BOUCHET	Anatomie.
BETHENOD	Pédiatrie
GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie.
LARBRE	Pédiatrie.
SOUSTELLE	Chirurgie générale.
VIALA	Médecine générale.
VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie.
KALB	Pneumo-phtisiologie.

MAITRES DE CONFERENCES AGRÉGÉS STAGIAIRES

MM. FAVRE-GILLY	Hématologie.
GIROD	Histologie et Embryologie.
GRAS	Chimie biologique.
MALLEIN	Chimie analytique.
RIFFAT	Hygiène.
FAUCON	Biologie médicale et Pharmacodynamie.
FLANDROIS	Physiologie.
VIALIER-RAYNARD	Bactériologie.
ROLLET	Pharmacie galénique.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BONAMOUR	Ophthalmologie.
COLIN	Médecine légale.
de MOURGUES Georges	Chirurgie générale.
DEVIC	Médecine générale.
DUMONT Martial	Obstétrique.
DURAND	Urologie.
FRANCILLON	Chirurgie générale.
SAUBIER	Chirurgie générale.
SCHOTT	Neuro-psychiatrie.
ALLEGRE	Neuro-chirurgie.
CHASSARD	Electro-radiologie.
FAYSSÉ	Orthopédie.
GAILLARD	Oto-Rhino-Laryngologie.
GARDE	Médecine générale.
HUGONNIER	Ophthalmologie.
MARET	Chirurgie générale.
MORNEX	Médecine générale.
NORMAND	Médecine générale.
PERRIN André	Médecine générale.
DUMAS	Stomatologie.
GARMIER	Obstétrique.
NOEL	Médecine générale.
SCHNEPP	Orthopédie.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : M. le Professeur DECHAUME.
 Assesseurs : MM. le Professeur Agrégé B. SCHOTT.
 le Professeur Agrégé M. COLIN,
 le Professeur Agrégé J. GUYOTAT.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde
affection.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. LOQUIN

Pour l'aide et les conseils qu'ils nous
a toujours prodigué et pour son inépui-
sable bienveillance, nous lui exprimons
notre fidèle attachement et notre vive
reconnaissance.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DECHAUME

Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique et d'Hygiène Mentale.

Nous sommes très sensible à l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse et à la grande bienveillance qu'il a manifesté à notre égard.

AUX MEMBRES DU JURY DE NOTRE THESE

MONSIEUR LE DOCTEUR B. SCHOTT

Professeur Agrégé de Neuro-Psychiatrie.

Il nous a initié à la Neurologie et nous a fait bénéficier pendant un an de sa très riche expérience.

MONSIEUR LE DOCTEUR M. COLIN

Professeur Agrégé de Médecine Légale.

Nous lui devons une conception très ouverte des problèmes médico-légaux et criminologiques.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. GUYOTAT

Professeur Agrégé de Neuro-Psychiatrie.

En hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH.-H. NODET
Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
de la Société Psychanalytique de Paris.

Il nous a suggéré cette thèse et guidé dans notre travail. Nous lui sommes très reconnaissant de nous faire bénéficier, par la richesse et la clarté de son enseignement, de sa grande connaissance de l'être humain et de sa profonde expérience du fait psychiatrique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. HOUSER
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

Dans son service, qui a été le premier de notre internat, il nous a révélé, par son dynamisme et son esprit d'initiative, l'aspect évolutif de la psychiatrie. Nous lui exprimons notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-L. MASSOT
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

Pendant notre année d'internat dans son service, il nous a fait profiter de sa longue expérience psychiatrique. Qu'il soit assuré de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. HAMEL
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

En hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. CALLIER
Neuropsychiatre.
Psychothérapeute.

Il nous a permis une prise de conscience de l'importance de l'aspect relationnel dans notre travail quotidien et une certaine compréhension analytique des problèmes psychiatriques. Pour l'aide efficace qu'il nous a apporté, nous lui exprimons ici notre respectueuse reconnaissance.

A NOS MAÎTRES
DE L'ÉCOLE NATIONALE DE MÉDECINE DE DIJON

A NOS MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

En hommage respectueux.

INTRODUCTION

Les paraphrénies (du grec : *παρὰ* : à côté et *φρων* : esprit) sont une variété de délires chroniques introduite en psychiatrie en 1909 par KRAEPELIN qui les a extrait du groupe de la Démence précoce. Niées par l'école de langue allemande qui les réintroduisit dans le vaste groupe de la schizophrénie, elles ne trouvèrent pas de place non plus dans les cadres nosologiques de l'école classique française, déjà au complet, et furent plus ou moins assimilées aux Psychoses Hallucinatoires Chroniques. Le démantèlement de ce dernier groupe par l'école de CLAUDE (Thèse de NODET), qui permit une étude critique du phénomène hallucinatoire, et l'apparition de la théorie organo-dynamique de EY, donna naissance à une conception structuraliste des délires chroniques où la Paraphrénie trouvait une place naturelle entre les structures paranoïaques et les structures paranoïdes.

C'est dans cette perspective structuraliste que nous aborderons le problème de la Paraphrénie. Nous nous inspirerons essentiellement d'une part, de la thèse fondamentale de NODET « le Groupe des Psychoses Hallucinatoires Chroniques » et d'autre part, de la remarquable conférence inédite de EY « le Groupe des Paraphrénies ».

Nous définirons ces dernières par cinq critères principaux :

- 1°) Délire de type paranoïde : flou, non systématisé, mal organisé, apparemment incohérent, obéissant en fait à une logique interne, affective et irrationnelle ;
- 2°) L'importance des facteurs hallucinatoires et imaginatifs dans l'élaboration délirante et le caractère généralement fantastique et luxuriant de celle-ci ;

- 3°) La juxtaposition de deux mondes : le monde délirant d'une part, et le monde objectif de l'autre, auquel le malade reste adapté ;
- 4°) La conservation de la capacité d'utilisation des fonctions intellectuelles ;
- 5°) L'absence de désagrégation de la personnalité.

Dans un premier temps, sera retracée l'évolution historique des idées sur les Paraphrénies tant en France qu'en Allemagne, après avoir passé en revue les conceptions françaises classiques sur les délires chroniques. Dans un second temps, nous essaierons rapidement de situer le problème actuel de cette question par rapport à la paranoïa et à la schizophrénie d'une part, à la psychose hallucinatoire chronique de l'autre.

Ceci nous amènera à reprendre une rapide étude critique du phénomène hallucinatoire. Dans un troisième temps, nous présenterons une brève esquisse de la conception structurale des délires chroniques. Enfin, une série d'observations fournira un matériel encore trop insuffisant pour une étude clinique valable. Dans une cinquième partie, sera esquissée une analyse structurale de la Paraphrénie selon EY. Suivront quelques mots sur les formes cliniques, l'évolution et le diagnostic différentiel. Enfin, nous terminerons par quelques remarques sur la signification du délire paraphrénique vis-à-vis de sa structure formelle, de son contenu et en tant que modalité d'une « manière-d'être-au-monde ».

CHAPITRE I

RAPPEL HISTORIQUE ET ÉVOLUTION DE LA NOTION DE PARAPHRÉNIE

« Le changement, s'ils consentent à le regarder directement, sans voile interposé, leur apparaîtra bien vite comme ce qu'il peut y avoir au monde de plus substantiel et de plus durable. Sa solidité est infiniment supérieure à celle d'une fixité qui n'est qu'un arrangement éphémère entre des mobilités. »

BERGSON.

(La pensée et le mouvant).

L'apparition et l'évolution de la notion de Paraphrénie s'inscrivent de façon naturelle dans l'évolution des idées sur le grand cadre des délires chroniques. Il paraîtrait normal de suivre d'une façon strictement chronologique ce processus historique. Cependant, cette manière de procéder se heurterait d'emblée à deux ordres de difficultés : d'une part, primitivement, la notion de paraphrénie est une notion allemande et l'évolution des conceptions classiques françaises sur les délires chroniques s'est faite parallèlement mais indépendamment de celle des auteurs de langue allemande ; d'autre part, les critères de discrimination foncièrement différents et une nosologie en perpétuel remaniement, variable d'un auteur à l'autre, entraîneraient chaque fois des répétitions de définitions et de précisions.

Sans éviter cette lacune, nous espérons la minimiser en adoptant le plan suivant que nous essayerons de suivre sans toujours y parvenir :

- 1°) Bref rappel des conceptions françaises classiques sur les délires chroniques.
- 2°) La conception Kraepelinienne des paraphrénies.
- 3°) La réaction de la psychiatrie allemande à cette conception.
- 4°) L'évolution de la notion de paraphrénie en France.

I. — BREF RAPPEL DES CONCEPTIONS CLASSIQUES FRANÇAISES SUR LES DÉLIRES CHRONIQUES

Pendant tout le XIX^e siècle, se poursuit un travail de description, de classification, qui part de l'œuvre de PINEL (Nosographie Philosophique, 1798) avec sa grande division : *manie*, *mélancolie*, *démence*, *idiotisme*. Cette mélancolie donnera naissance à tous les délires chroniques.

Dans son *Traité des maladies mentales* (1838), ESQUIROL divise cette mélancolie en *lypémanie* d'une part (qui correspond à la vraie mélancolie) et en *monomanie* d'autre part (« lésion partielle de l'intelligence, des affections et de la volonté »). Selon la faculté atteinte, il distingue une monomanie affective, une monomanie instinctive et une monomanie intellectuelle. Cette notion de *délires partiels*, qui marquera longtemps, bien qu'indirectement, la psychiatrie française suscitera une réaction avec LASEGUE (Du délire de persécution, 1852.), J.-P. FALRET (Les maladies mentales, 1864) et surtout MAGNAN (Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1895) qui opposera le « *délire chronique à évolution systématique* » aux « *délires systématisés des dégénérés*. » Des délires chroniques, et bien antérieurement, MOREL (Etudes cliniques,

Traité théorique et pratique des maladies mentales, 1852) avait détaché sous le nom de « déments précoces » ceux dont, en Allemagne, HECKER avait décrit leur maladie sous le terme d'*hébéphrénie* (1871), KALHBAUM sous celui de *catatonie* (1874) et que KRAEPELIN dans les nombreuses éditions de son fameux *Traité des Maladies Mentales* avait réuni sous celui de *Dementia precocæ*.

Les essais de classification des délires chroniques furent marqués par différentes tendances successives qui témoignaient d'une progression dans la manière d'aborder le phénomène délirant. Dans un 1^{er} temps, les classifications se fondèrent sur le THEME (1) du délire. Il en résulta de simples listes plus ou moins complexes : SEGLAS (1895) énumérait dix thèmes : auto-accusation, persécution, protection, hypocondrie, négation, grandeur, énormité, mystique, érotique, enfin transformation corporelle. BALL et RITTI (1883) en comptaient sept et REGIS en 1911 en distinguaient 6. Quant à DIDE et GUIRAUD (1929), ils rassemblent les thèmes délirants en trois chapitres : sentiments expansifs, sentiments douloureux et tristes, sentiments de méfiance. Mais les thèmes délirants, en dépit de l'importance et de la fréquence d'un petit nombre d'entre eux, variaient à l'infini et ne pouvaient servir de base à une « *compréhension* » du délire.

Aussi, progressivement, les classifications prirent-elles comme critère essentiel, non plus le thème mais le « *mécanisme* » *apparent* du phénomène délirant : *mécanismes intuitifs, imaginatifs, passionnels, interprétatifs et hallucinatoires*. Dans la perspective « mécaniciste » qui caractérisa l'école française classique, ces mécanismes furent considérés comme « *mécanismes générateurs* » du délire. Intuitions, imagination, passions, interprétations délirantes ou hallucinatoires précèdent et conditionnent le délire

(1) « Ce sont eux (persécution, jalousie, mégalomanie) qui sautent aux yeux de l'entourage parfois, mais qui, en tous cas, se révèlent à l'observation clinique comme le symptôme principal. Le thème exprime sous quelle forme d'événement existentiel la perturbation délirante est vécue... Pour certains auteurs classiques qui ont tendance à « désincarner » le délire, c'est-à-dire à détacher le thème, la « mélodie », de l'ensemble vital qui l'engendre et qu'il exprime, la classification de ces thèmes se réduit d'ailleurs à une simple énumération presque sans intérêt. » (H. EY et PUJOL - E.M.C. - 37.299 - A 10).

qui devient une réaction du psychisme à ces éléments primordiaux et un essai d'organisation du monde en tenant compte de leur existence.

Cette conception allait de pair avec la psychologie atomistique de cette période et la doctrine de G. de CLERAMBAULT (2) en est le type le plus achevé (3). Actuellement ces mécanismes ont perdu pour le plus grand nombre d'auteurs leur rôle générateur mais les délires qu'ils ont contribué à isoler conservent toute leur valeur descriptive. Nous citerons rapidement les quatre grands types qui restent des modèles de descriptions clinique.

1° Les délires d'imagination de DUPRÉ (4) (1910).

Ils se caractérisent, dans la description de DUPRÉ, par une « *construction délirante, fabulante, cohérente, romanesque* » dont le mécanisme apparaît nettement *compensateur*, dont le thème le plus fréquent est de loin celui de *filiation*. La production est strictement imaginative et sans hallucination. « Flux intuitif d'invention romanesque qui émane des sources mêmes de la fabulation... il représente un point d'équilibre... entre le réel auquel il adhère et l'irréel auquel il n'emprunte que le strict nécessaire à la construction délirante ». (5)

2° Les Psychoses Hallucinatoires Chroniques de Gilbert BALLET (1912).

L'unité de ce groupe de délires résiderait dans ce postulat : « Le délire est basé sur les troubles hallucinatoires ». L'origine de cette conception est la critique de la conception de MAGNAN qui opposait les *délires chroniques* aux *délires des dégénérés*. (6)

(2) Œuvre psychiatrique - P.U.F. Paris, 1942.

(3) Cf. Etudes psychiatriques de EY : Etude N° 5 (Une théorie mécaniciste : la Doctrine de G. de CLERAMBAULT).

(4) DUPRÉ et LOGRE : Les délires d'imagination - Congrès de Bruxelles, Liège, 1910.

(5) H. EY et PUJOL : E.M.C. 37.290, A 10, 1955.

(6) MAGNAN et SERIEUX : Le délire chronique à évolution systématique, 1892.

Les délires chroniques se caractérisaient :

- par une évolution lente et régulière ;
- par quatre périodes successives : d'inquiétude, de persécution avec hallucinations, d'idées ambitieuses, enfin de démence ;
- par un terrain normal ou peu chargé.

A l'inverse, les délires des dégénérés montreraient :

- une évolution apériodique ;
- un polymorphisme ;
- un terrain très chargé avec déséquilibre mental ou débilité.

BALLET (7) rejette cette distinction pour trois raisons :

- 1°) La différence de terrain entre les deux groupes n'est pas évidente.
- 2°) L'évolution en quatre périodes est extrêmement rare et la démence terminale inconstante.
- 3°) Le polymorphisme des dégénérés n'est qu'apparent.

Sur cette critique Gilbert BALLET construit sa *Psychose Hallucinatoire Chronique* :

« Le terrain où elle se développe est souvent et peut-être toujours, préparé par l'hérédité... la débilité mentale est rarement notée... ». Au premier rang, « il faut mettre l'état cœnesthésique pénible, l'inquiétude qui précède, ou tout au moins accompagne les premières manifestations... Ce trouble cœnesthésique s'associe bientôt... aux idées de persécution et à des hallucinations des divers sens, parmi lesquelles les hallucinations auditives tiennent presque toujours la première place » (BALLET) (8). L'évolution est généralement irrégulière et le pronostic grave.

Cette conception (9) de la *Psychose Hallucinatoire Chronique*, située entre, d'une part les *délires systématisés non hallucinatoires* et d'autre part les *formes délirantes de la*

(7) Cf. Thèse de C.-H. NODET : Le groupe des Psychoses Hallucinatoires Chroniques, Paris, p. 12.

(8) Cité par C.-H. NODET - Loc. cit., p. 13.

(9) G. BALLET : La Psychose Hallucinatoire Chronique. Encéphale, 1912.

démence précoce, sera bien accueillie par la grande majorité des auteurs français et aura un succès considérable : « Elle est une entité psychiatrique de création essentiellement française, qui méritera de garder son individualité tant que nous en serons réduits à classer les maladies mentales de par leur symptôme et leur évolution » écrivaient SERIEUX et CAPGRAS ⁽¹⁰⁾.

En fait, « *le groupe classique des psychoses hallucinatoires chroniques ne justifie, en effet, sa création et sa permanence que par la place toute spéciale et prépondérante donnée par les auteurs classiques au phénomène de l'hallucination considéré comme la source sensorielle d'où jaillirait tout le délire. Comme depuis lors, on a tendance à considérer l'hallucination comme une modalité vécue de l'« expérience délirante », ce groupe des « psychoses hallucinatoires chroniques » à tendance à éclater* ⁽¹¹⁾ et les malades qu'il comprenait dans son cadre sont placés peut-être plus naturellement dans les formes systématiques ou fantastiques des délires chroniques progressifs et pour beaucoup d'entre-elles dans la schizophrénie ». ⁽¹²⁾

3° Les délires d'interprétation de SERIEUX et CAPGRAS ⁽¹³⁾.

Ce sont, selon les termes mêmes de ces auteurs, des « *folies raisonnantes* » ou « *délires de signification* » car tout est compris, rapporté, expliqué par un « *système fondamental de signification* » (H. EY) dont le personnage central est le délirant lui-même. Tout se passe comme si le monde extérieur était appréhendé à travers un prisme déformant, déformant dans le sens d'une croyance fondamentale d'ordre affectif, initialement faussée. Il s'agit donc d'une falsification délirante de la relation à autrui d'où la

(10) SERIEUX et CAPGRAS : *Délires systématisés chroniques*. Traité de SERGENT, 1921, I, p. 233.

(11) Comme nous le verrons plus loin. Le point de départ de cet « éclatement » est la remarquable thèse de Ch.-H. NODET : *Le Groupe des Psychoses Hallucinatoires Chroniques*, Paris, 1937.

(12) H. EY et PUJOL - E.M.C. 37.299, A 10, p. 4.

(13) SERIEUX et CAPGRAS : *Les folies raisonnantes*, Paris, 1909 et *Délires systématisés chroniques*. In Traité de SERGENT, Paris, 1921 (7 - N° 1).

la terminologie étrangère de « *délire de relation* », ou « *auto-déférence* ». Outre cette situation primordiale, ces délires se caractérisent par leur mécanisme apparent, leur structure et leur évolution.

1° *Le mécanisme apparent et pratiquement unique de ce délire est l'interprétation.*

Celle-ci est définie par DROMARD (1910) comme « l'inférence d'un percept exact à un concept erroné ». H. EY la décrit comme « une erreur intuitive portant sur le sens de ce qui est perçu, vu ou entendu », ou encore comme le « procédé par excellence de la projection du sens dans la réalité (ceci signifie cela) et comme l'instrument même du retournement de la réalité (ceci, en réalité, c'est cela) », les deux auteurs distinguent deux sortes d'interprétations :

- a) les *interprétations exogènes* qui se rapportent aux données d'origine sensorielle ;
- b) les *interprétations endogènes* qui s'adressent d'une part aux sensations corporelles et d'autre part au « vécu » de l'activité psychique.

2° *La structure de ces délires est caractérisée par une organisation qui se construit dans l'« ordre et la clarté » (KRAEPELIN), une construction coordonnée, systématisée, logique, enchaînée.*

« Le malade présente sa fiction, serrée, rationalisée, toute déduite et pour ainsi dire toute digérée... » (H. EY). Cependant, cette systématisation est moins nette que dans les délires passionnels et G. de CLERAMBAULT oppose les délires d'interprétation « *en réseau* » (masse d'idées délirantes qui s'entrecroisent, s'accumulent, se juxtaposent) aux délires passionnels « *en secteur* » où le délire se développe comme une chaîne à partir du « postulat initial et axial » (délires vertébrés).

3° *L'évolution se fait souvent vers une systématisation progressive du délire.*

« L'interprétant tire du travail raisonnant, dans l'élaboration même de son délire, la conviction qu'il découvre enfin la vérité et cette contre-vérité, il la pense, il la vit et la construit comme un système démontré jusqu'à l'évidence ». (H. EY)

Fréquemment aussi le délire s'enkyste, se cristallise en un système immuable et parfois tend à s'assoupir.

Mais la conception classique du délire d'interprétation prête le flanc à une critique semblable à celle faite aux Psychoses Hallucinatoires Chroniques à propos des hallucinations. A ce propos, H. EY fait remarquer que « c'est en fonction de cette attitude générale d'assimilation du monde objectif et social au Moi..., dans le drame vital, qu'il faut comprendre ce qu'est l'interprétation. Certains ont voulu l'envisager comme une sorte d'opération élémentaire et basale, comme une cause, alors qu'elle est un effet du délire, un reflet du délire. »

4° Les délires passionnels de G. de CLERAMBAULT (1921).

Sans aborder le difficile problème des rapports entre passions, états passionnels et délires passionnels, nous nous en tiendrons aux belles descriptions classiques de G. de CLERAMBAULT et en particulier à l'opposition point par point entre le passionnel et l'interpréteur. Les délires passionnels, à la différence des simples états passionnels, présentent au moins trois particularités :

- 1° Ils surviennent sur un fond de *déséquilibre affectif* (exaltation affective continue).
- 2° Ils sont pathologiques, c'est-à-dire délirants parce que cette passion, « même si elle est insérée dans une situation réelle, a une *structure essentiellement imaginaire* » (personnages irréels ou projection de phantasme sur des personnages réels).

3° Ils adoptent la « *rigidité systématique de la passion qui en constitue l'axe* ». Cette *psycho-rigidité* les rend « imperméables à l'expérience et rebelles à toute évidence » (H. EY).

Deux grandes caractéristiques séparent délirants interprétatifs et délirants passionnels :

1° Contrairement à l'évolution « *en réseau* » du délire interprétatif, le délire passionnel se développe « *en secteur* » à partir d'un postulat initial :

« *Supprimez, écrit G. de CLERAMBAULT, dans le délire passionnel, cette seule idée que j'ai appelée postulat, tout le délire tombe. Toutes les idées en chaîne se raccordaient à ce point... le postulat a une valeur d'embryon logique* ».

2° Contrairement encore au délirant interpréteur qui vit dans un *état d'expectative*, le délirant passionnel vit « *tendu vers un but précis* ».

Les deux grands thèmes des délires passionnels sont la jalousie et l'érotomanie :

1° *Le délire de jalousie* qui introduit dans la « situation binaire » du couple l'existence d'une tierce personne qui accumulera les sentiments de haine et transformera la relation du couple en « situation triangulaire ». LAGACHE (1947) en a bien étudié la structure inconsciente.

2° *L'érotomanie* (bien décrite par CLERAMBAULT) est l'illusion délirante d'être aimé. Ce délire passe par les trois *stades d'espoir, de dépit, de rancune*. L'auteur distingue un *postulat fondamental* : c'est l'objet qui aime le premier, seul ou le plus (il est généralement aussi d'un rang plus élevé que le malade) et des *thèmes dérivés*.

DIDE et GUIRAUD ⁽¹⁴⁾ ont tenté de réunir sous le nom de « *délires progressifs* » le délire d'interprétation de SERIEUX et CAPGRAS, le délire d'imagination de DUPRE et les psychoses hallucinatoires chroniques de Gilbert BALLEET. Ces délires progressifs posséderaient les caractères communs suivants :

- 1°) Permanence du délire de son apparition jusqu'à la mort.
- 2°) Progressivité habituelle par apport d'éléments de systématisation et de généralisation.
- 3°) Intégrité de l'intelligence et de l'activité en dehors de la construction délirante.
- 4°) Absence de toute cause apparente.

De ce groupe étaient exclus :

- 1°) les délires systématisés symptomatiques : d'origine exogène (alcoolisme, syphilis...) ;
- 2°) l'hébéphrénie délirante : avec désintérêt, ambivalence, inactivité... ;
- 3°) la psychose revendicatrice : qui ne serait que l'exagération d'une constitution revendicatrice.

Malgré la tentative de synthèse de DIDE et GUIRAUD, ces délires chroniques, fondés sur le « mécanisme » considéré par leurs auteurs comme « générateur » ont été passés en revue parce qu'ils constituaient de grands types classiques et en quelque sorte idéaux. Mais comme l'écrivent H. EY et R. PUJOL « il est bien évident, nous semble-t-il, que la masse des délires chroniques se partage selon leur structure profonde en types plus clairs et plus naturels. *De telle sorte que, sans avoir rien à retrancher à ces descriptions classiques, il convient plutôt de les*

(14) DIDE et GUIRAUD : Psychiatrie du médecin praticien, 2^e édition, Masson, éd. Paris, 1929.

intégrer dans une analyse plus structurale et de rechercher, par delà l'interprétation, l'imagination, la passion, ce qui vraiment forme le caractère fondamental, la structure de ces délires ».

II. — LA CONCEPTION KRAEPELINIENNE DES PARAPHRÉNIES.

C'est à KRAEPELIN que nous devons la notion de Paraphrénie. Dans une première période (1889), KRAEPELIN répartissait les délires chroniques en deux groupes : d'une part celui de la **PARANOÏA** qui réunissait les délires bien organisés, bien articulés, qui évoluaient vers une systématisation progressive, dans l'ordre et la clarté, sans hallucinations, sans affaiblissement intellectuel donc sans évolution vers la démence ; d'autre part, le groupe de la **DEMENCE PARANOÏDE**, classé dans le grand cadre de la **DEMENTIA PRAECOX** et qui comprenait tous les délires incohérents, mal systématisés, mal organisés, accompagnés d'hallucinations, d'affaiblissement intellectuel et évoluant vers la démence.

Plus tard, KRAEPELIN isola de ce groupe une variété de délires qu'il appela **PARAPHRÉNIES** et en fit un « *état tampon* » entre la Paranoïa et la Démence précoce. Après de nombreuses hésitations, il fit sortir, rentrer et finalement sortir les Paraphrénies du groupe de la Démence Précoce (1912).

Il les décrivit d'abord sous le nom de « *paranoïde Verblödung* » ou « *déficit paranoïde* » (H. EY) ou « *paradémence paranoïde* » (NAYRAC) (le terme de « *Verblödung* » étant moins fort que celui de démence). « Il existe, dit-il, des cas où ce ne sont pas les troubles de l'affectivité ou de la volonté qui prédominent, ce sont des constructions délirantes. L'affaiblissement affectif est peu marqué jusqu'aux phases extrêmes de l'évolution ».

KRAEPELIN décrit quatre formes de paraphrénies : les paraphrénies *systématique, expansive, confabulante et fantastique*.

1°) La Paraphrénie systématique :

Il s'agit d'un *délire de persécution systématique* qui se développe insidieusement, avec idées de grandeur, mais sans désagrégation de la personnalité. Elle débiterait par une *période d'inquiétude* le sujet se sent entouré d'un monde qu'il appréhende comme plus ou moins hostile. Il se sent poursuivi de sentiments d'animosité, on le bafoue, on se moque de lui. Les regards sont malveillants ou ironiques ou sournois. On le surveille pour profiter de ses moindres erreurs.

Puis survient une *phase hallucinatoire et de systématisation* : ses ennemis s'entendent entre-eux, le réseau hostile se resserre autour de lui, des complots se montent. Parallèlement, des hallucinations apparaissent : hallucinations psycho-sensorielles (auditives presque uniquement) et surtout hallucinations psychiques à type de syndrome d'influence avec ses deux composantes : perte du secret de la pensée (on lit dans leur pensée, leur pensée se répète (écho de la pensée), on commente leurs actes) et perte de la liberté de pensée ou d'action (on les oblige à agir, on leur impose leur pensée, ils sont hypnotisés...) Enfin dans une *troisième phase* surviennent des idées de grandeur, des idées délirantes mystiques ou érotomanisques.

Pendant toute cette évolution, *l'affaiblissement intellectuel est faible ou nul*. Leur comportement est modifié par le délire mais conserve le plus souvent une bonne adaptation au réel et peut longtemps rester apparemment normal ou sub-normal. La *Phase terminale* présenterait 3 caractéristiques :

- 1° présence d'idées délirantes fixes avec hallucinations.
- 2° la volonté et l'affectivité sont peu touchées.
- 3° absence de dissociation vraie de la personnalité.

Ces délires apparaîtraient le plus souvent entre 30 et 50 ans, touchant environ 60 % d'hommes et n'auraient aucune tendance à la guérison.

2°) La Paraphrénie expansive :

Ces malades logorrhéïques, légèrement excités, prolives en paroles, avaient précédemment été classés par KRAEPELIN comme maniaques. Il s'agit le plus souvent de femmes.

Cette paraphrénie est caractérisée par le *développement d'un délire à thème mégalomane, à structure luxuriante sur un fond d'exaltation thymique*. Le début serait insidieux ou sub-aigu. Ce début, ou plutôt la découverte du délire, aurait lieu entre 30 et 50 ans. Deux thèmes apparaissent avec prédilection : *thèmes érotiques* (50 % des cas) et *thèmes mystiques* (50 %) de type religieux ou prophétique. Parfois des tableaux oniroïdes seraient observés et des idées de persécutions ne sont pas rares par la suite, mais elles ne dominent pas la scène.

Les hallucinations seraient assez fréquentes mais non constantes. Dans l'ensemble, *les facultés intellectuelles sont longtemps bien conservées* malgré l'accumulation de faux souvenirs et de fausses reconnaissances. L'évolution se fait sur des dizaines d'années. A la phase finale, l'affaiblissement intellectuel qui se constitue ne diffère guère de celui des vieillards normaux (non délirants) du même âge. Les convictions délirantes persistent, l'excitation s'atténuerait un peu.

3°) La Paraphrénie confabulante :

Elle serait peu fréquente. Elle consisterait en un *délire essentiellement fabulatoire, qui s'enrichit sans cesse, sans hallucinations, sans troubles intellectuels sérieux, sur un fond d'humeur stable*. Elle est donc caractérisée :

- 1° *Par la fabulation* : véritable roman-fleuve d'événements construits par le délire, que le malade croit avoir vécu (conviction délirante), récits étranges, bizarres, romanesques. Cette histoire vécue par le malade s'enrichit chaque jour de péripéties nouvelles. C'est cette *accumulation de faux souvenir* qui domine ce délire.

2° *Par l'absence d'hallucination* : C'est par là que « cette entité morbide nous amène tout à fait aux frontières de la paranoïa pure » écrivait KRAEPELIN.

3° *Par une bonne conservation des facultés intellectuelles* : et ceci malgré le caractère de plus en plus insensé de leur fabulation délirante.

4° *Par le calme de l'humeur* : qui distingue tout à fait cette variété de la paraphrénie expansive.

4°) **La Paraphrénie fantastique :**

La paraphrénie fantastique est un délire caractérisé par sa luxuriance, son exubérante floraison de thèmes, d'idées, de vécu extraordinairement étranges, décousus, mobiles, fantastiques et cosmiques, accompagnés d'hallucinations, avec conservation fréquente des facultés intellectuelles.

Le début serait insidieux avec une *phase d'inquiétude*. Puis une *phase d'interprétation* et de persécution apparaît mais sans systématisation (on le regarde, on le poursuit, on lui tend des pièges). Survient ensuite la *phase hallucinatoire* : hallucinations psycho-sensorielles auditives avec écho de la pensée, puis hallucinations cénesthésiques d'allure monstrueuse et syndrome d'influence. Les thèmes sexuels sont très fréquents. Tout cela prend ici une allure fantastique. Le passé est submergé. (« Il fut repêché dans le fleuves des Amazones, enduit de salive, rapetissé par un appareil plâtré, traqué pendant 25 ans par des bêtes... il a été tué et renaît toujours »). Ce vécu fantastique est généralement exposé par le malade avec calme, quelquefois exaltation, d'autres fois indifférence, le plus souvent avec profusion et au besoin avec un vocabulaire spécial semé de néologismes. Par ailleurs, ils répondent souvent avec clarté et bon sens aux questions ne touchant pas leur délire. Cependant fréquemment une certaine détérioration intellectuelle accompagne l'évolution du délire vers l'incohérence et la confusion.

Telle est la conception Kraepelinienne. Précisons ici que « toute psychose comportant le diagnostic français de délire systématisé chronique sera rangé par l'école Kraepelinienne soit dans la paranoïa, soit dans les formes paranoïdes de la démence précoce, soit dans les paraphrénies ». (FREY) ⁽¹⁵⁾

III. — LA RÉACTION ALLEMANDE AUX CONCEPTIONS KRAEPELINIENNES.

Suivant le plan de H. EY dans sa conférence inédite sur le groupe des paraphrénies, et pour plus de clarté, nous scinderons ce bref aperçu en deux questions : d'une part le problème des rapports paraphrénie-schizophrénie, d'autre part le problème des rapports paraphrénie-paranoïa.

A) Problème des rapports Paraphrénies-Schizophrénies.

- 1° KRAEPELIN, nous l'avons vu, passa par bien des hésitations : il fit sortir, rentrer, puis finalement ressortir les paraphrénies du groupe de la *Dementia præcox*.
- 2° Par contre BLEULER, puis PFERSDOFF (Congrès de Strasbourg 1914), KRAMBACH (1915) et enfin MEYER (de Munich) les considérèrent toujours comme entrant dans le cadre de la Démence précoce. Ce dernier, dans un travail très important, portant sur 78 cas de Paraphrénies décrites par KRAEPELIN (soit 9 fantastiques, 13 expansives, 11 confabulantes et 45 systématiques), étudia leur évolution. Les 9

(15) FREY : Conceptions de KRAEPELIN et conceptions françaises concernant les délires systématisés chroniques. Thèse de Strasbourg, 1923.

Paraphrénies fantastiques ont toutes évolué vers la schizophrénie sauf une ; sur les 13 expansives 5 ont évolué vers la schizophrénie ; sur les 11 confabulantes, 5 également évoluèrent vers la schizophrénie ; enfin des 45 systématiques 14 suivirent le même chemin.

- 3° Toute la psychiatrie allemande adopta l'opinion de ces auteurs et les Paraphrénies entrèrent dans le grand cadre de la Schizophrénie. ⁽¹⁶⁾

B) Problème des rapports Paraphrénies-Paranoïa.

Précisons au préalable que la Paranoïa est caractérisée pour l'Ecole de Munich comme un « délire systématisé chronique constitutionnel, sans affaiblissement psychique terminal. La multiplicité des interprétations délirantes et l'absence des hallucinations sont bien notées, mais il ne semble pas qu'en Allemagne on se soit servi de ces données pour caractériser l'affection. Les caractères évolutifs sont considérés comme les plus importants. » (FREY) ⁽¹⁷⁾

- 1° KRAEPELIN fut là aussi assez hésitant.
- 2° STRANSKY d'une part et HORSLIN ne voient pas de séparation nette entre les deux groupes et, en particulier pour HORSLIN, avec la Paranoïa tardive de KLEIST.
- 3° MORAYCZIK augmente le domaine de la Paranoïa qui empiète largement sur la paraphrénie.
- 4° KRUGER en 1913 divise les Paraphrénies en deux groupes :
- a) Les paraphrénies systématiques et expansives qu'il rapproche de la Paranoïa
 - b) Les paraphrénies fantastiques et confabulantes qu'il rapproche de la Schizophrénie.

(16) Cf. article de MAYER-GROSS in « Traité de BUMKE ».

(17) FREY : Thèse de Strasbourg, Loc. cit.

5° EISATH en 1915 fait pratiquement entrer la Paraphrénie systématique dans le cadre de la Paranoïa.

6° LANGE en 1925 et KOLLE en 1925 et 1927 démontrent la possibilité de passage entre paraphrénie et paranoïa.

Dès lors, en psychiatrie de langue germanique, tous les délires chroniques se répartiront dans une énorme masse schizophrénique et une étroite bande paranoïaque.

IV. — L'ÉVOLUTION DE LA NOTION DE PARAPHRÉNIE EN FRANCE.

L'ensemble des délires chroniques en France et en Allemagne a été comparativement et remarquablement traité par la thèse de FREY (Strasbourg 1923).

1° Conception française classique :

D'une manière synthétique, le groupe des psychoses délirantes chroniques paraît complet et comprend les concepts suivants que nous ne ferons qu'énumérer (ils ont été signalés d'une façon plus détaillée dans la 1^{re} partie de ce chapitre) :

- 1° *Délires passionnels* et *psychose revendicatrice* (CLERAMBAULT) ;
- 2° *Délires d'interprétation* (SERIEUX et CAPGRAS) ;
- 3° *Délires d'imagination* (DUPRE) ;
- 4° *Psychoses Hallucinatoires Chroniques* (G. BALLEZ) ;
- 5° *Formes paranoïdes de la démence précoce*.

Ces notions excluent donc celle de Paraphrénie et s'il fallait tenter un rapprochement ce serait, bien que d'une

manière très imparfaite, avec le groupe des Psychoses Hallucinatoires Chroniques. (cf. GELMA - Strasbourg 1921)

Et à ce sujet CH.-H. NODET écrit : « On peut donc constater l'identité du travail poursuivi en France et en Allemagne : *délire chronique* et *délire des dégénérés*, *paranoïa* et *démence paranoïde*. Cette division bipartite va cependant paraître trop tranchée, trop artificielle à certains qui sentiront la nécessité d'un groupe intermédiaire : c'est ainsi que GILBERT BALLET crée le cadre des *Psychoses Hallucinatoires Chroniques*, pendant que KRAEPELIN, après des hésitations, fait sortir les *Paraphrénies* de la *Demencia præcox*. Nous avons déjà vu que, cliniquement, ces deux *états tampons* n'étaient pas exactement superposables. » (18)

2° La thèse de CLERC :

Dans celle-ci (Le Délire Fantastique - Paris - 1925), l'auteur considère la paraphrénie fantastique et en fait un « délire imaginatif hallucinatoire » qu'il rapproche de la schizophrénie bien que, paradoxalement, il la fasse entrer dans le groupe des Psychoses Hallucinatoires Chroniques.

3° La conception d'HALBERSTADT (19) :

Partant des « hallucinoses endogènes » de KLEIST, HALBERSTADT décrit d'une façon remarquable une « *Paraphrénie hallucinatoire* ». Celle-ci est caractérisée :

- 1° Par la prédominance des hallucinations auditives verbales avec « délire minimum ».

(18) Ch.-H. NODET : Le groupe des Psychoses Hallucinatoires Chroniques. Thèse de Paris, 1937.

(19) HALBERSTADT : Le groupe des Paraphrénies. Revue de Psychiatrie, 1912.

Etude des Paraphrénies. Archives de Neurologie, 1913.

L'Œuvre de Kraepelin. A.M.P., Avril 1927.

La Paraphrénie Hallucinatoire. Encéphale, 1933.

Un cas de Psychose paraphrénique complexe. A.M.P. 1933.

2° Par l'absence d'affaiblissement intellectuel : « Ces malades sont généralement calmes, ordonnés, polis et corrects. La conversation des capacités intellectuelles est remarquable » écrit-il.

Et H. EY de conclure : « Pour lui, en effet, il admet l'opinion défendue en définitive par KRAEPELIN à savoir qu'il y a lieu de tenir le groupe des paraphrénies en dehors du cadre de la dislocation schizophrénique » (20).

4° La conception de CLAUDE :

Pour CLAUDE et ses élèves, les Paraphrénies appelées « psychoses paranoïdes » (21), n'entrent ni dans le groupe de la Paranoïa, ni dans celui de la Démence précoce (schizophrénie). Ici, les paraphrénies, à l'encontre des autres conceptions françaises, sont considérées comme aussi éloignées des délires systématisés que de la schizophrénie.

C'est avec cette école que nous terminerons l'étude bien incomplète de l'évolution de la notion de Paraphrénie et c'est aussi à partir d'elle que se développera, sous l'impulsion de H. EY, l'école *STRUCTURALISTE*. C'est d'ailleurs dans cette perspective structuraliste que nous essaierons d'aborder plus loin l'étude de la paraphrénie.

(20) E. EY : Le Groupe des Paraphrénies. Conférence inédite, 1943

(21) Ce terme de « *psychose paranoïde* » pour désigner la paraphrénie nous paraît dangereux et ne sera pas repris car il y a risque de confusion avec la schizophrénie et en particulier avec sa forme clinique paranoïde. D'autre part, le terme « *paranoïde* » désigne non une entité mais une *structure délirante* qui, nous le verrons plus loin, englobe les *délires paraphréniques* et les *formes délirantes de la schizophrénie*.

SYNDROMES LIÉS A UNE INSUFFISANCE DE DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUE

OLIGOPRÉNIES (arriération mentale)

Très profonde : **idiotie.**
Profonde : **imbécillité.**
Moyenne : **débilité.**

SYNDROMES DE DÉSÉQUILIBRE PSYCHIQUE ET TROUBLES DU CARACTÈRE

« PERSONNALITÉS PSYCHOPATHIQUES »

« Névrose de caractère » (caractériels)
Pervers constitutionnels
Perversions sexuelles
Toxicomanies

sphère névrotique ?
sphère pré-psychotique ?

NÉVROSES

(Troubles d'ordre essentiellement affectif. Conscience souvent claire de la réalité.)
(Immaturité affective et mécanismes de défenses.)

- I) 4 névroses « classiques »
- 1) Névrose d'angoisse.
 - 2) Névrose phobique.
 - 3) Névrose hystérique.
 - 4) Névrose obsessionnelle.

II) Des états névrotiques atypiques.

III) Paroxysmes : « dépressions névrotiques » et « crises d'angoisse ».

PSYCHOSES

(Conscience troublée de la réalité. Inconscience du caractère pathologique des troubles.)

A) *Etats Psychotiques Aigus.*

- 1) SYNDROMES CONFUSIONNELS (« Confusion mentale ») :
(Prédominance des troubles de la conscience.)
(Prédominance de l'origine somatique : alcoolique, épileptique..) } **Syndromes confuso-oniriques simples.**
Syndrome de KORSAKOV (éthylque.)
Délirium tremens (éthylque.)
Délire aigu (azotémique-deshydratation.)
- 2) PSYCHOSSES DÉLIRANTES AIGUES (Bouffées délirantes et hallucinatoires polymorphes.)
- 3) PSYCHOSSES MANIACO-DEPRESSIVES : Toutes les combinaisons possibles entre **accès maniaques** et **accès mélancoliques**.
(Prédominance des troubles de l'humeur.) (Formes isolées, formes alternées, formes rémittentes, états mixtes...)

B) *Etats Psychotiques Chroniques.*

1) Délires de structure :	paranoïaque :		} sans dissociation de la personnalité avec dissociation de la personnalité	PARANOÏA. PARAPHRÉNIES Formes paranoïdes de la SCHIZOPHRÉNIE.
	paranoïde :			
2) SCHIZOPHRÉNIE : (dissociation de la personnalité :			} sujet âgé : démences séniles et démences artériopathiques. âge moyen : démences pré-séniles (PICK ou ALZHEIMER.) démences symptomatiques : P G, alcooliques, épileptiques...	Formes hébéphréniques. Formes catatoniques. Formes paranoïdes.
3) DÉMENCES : (affaiblissement progressif des facultés intellectuelles.) (Étiologie somatique prédominante.)				

TABEAU I (inspiré de J. GUYOTAT - Modifié)

Place des Paraphrénies dans une classification sémiologique des affections psycho-pathologiques.

(Cette classification, nécessairement arbitraire, essayé autant que possible de rester clinique et non étiologique :
d'où l'absence de cadres spéciaux pour l'épilepsie.)

Nosologie Classique Française				Nosologie Allemande		Ecole Structuraliste	
SERIEUX et CAPGRAS	DENY et ROGUE DE FURSAC	DIDE et GUIRAUD	Classification de synthèse	KRAEPELIN	BLEULER	CLAUDE	EY
Psychose revendicatrice	Délire	Psychoses passionnelles	Délires passionnels de G. DE CLE- RAMBAULT	Psychose querulante	Psychose querulante	Paranoïa	PARANOÏA
Délire d'interprétation	paranoïaque	Délires	Délires d'interprétation de SERIEUX et CAPGRAS	Paranoïa	Paranoïa		
Psychoses hallucinatoires chroniques	Délire d'imagination	progressifs	Délires d'imagination de DUPRÉ Psychoses hallucinatoires chroniques de BALLET	Paraphrénies Syst. Conf. Exp. Fant.	Schizophrénies	Psychoses paranoïdes	PARA-PHRENIES
Démence précoce	Démence précoce	Hébéphrénie délirante	Démence précoce	Dementia praecox		Démences paranoïdes	SCHIZO-PHRENIE

TABEAU II — CORRESPONDANCE TRES APPROXIMATIVE DES DIFFERENTES CLASSIFICATIONS

CHAPITRE II

SITUATION DU PROBLÈME DES DÉLIRES PARAPHRÉNIQUES

« Disons-nous bien d'abord qu'il n'y a pas d'ordre parfait. A toute disposition des matières, on en pourrait préférer une autre, et la justifier par des motifs raisonnables. »

GUITTON.

(Le Travail Intellectuel).

Après ce rappel historique, il convient de situer la question des Paraphrénies, absorbées en Allemagne par le « concept tentaculaire de la schizophrénie » et rejetées en France, en partie dans la Psychose Hallucinatoire Chronique, en partie dans le vague groupe des délires d'imagination. Le problème de la situation de ces délires apparaîtra différemment en face de la psychiatrie allemande et française et l'étude sommaire de ces deux situations permettra peut-être de cerner avec plus de précision ce que nous entendons par délires paraphréniques.

1° A propos de la conception Kraepelinienne se pose le problème des rapports Paraphrénie-Paranoïa d'une part, et Paraphrénie-Schizophrénie de l'autre.

De la description de KRAEPELIN, qui, certes, a fait entrer dans son groupe un certain nombre de délires paranoïaques et beaucoup de délires schizophréniques, trois

notions capitales surnagent, très bien précisées par H. EY ⁽¹⁾.

- 1° *l'existence d'un groupe de délires à la lisière de la schizophrénie.*
- 2° *l'absurdité fantastique de ces délires qui contraste avec la discrétion de la détérioration intellectuelle et l'absence de dissociation schizophrénique.*
- 3° *l'opposition de leur structure à celle de la paranoïa, « conçue comme un développement délirant de la personnalité dans l'ordre et la clarté ».*

Il paraît donc en résulter un groupe de délires à exclure tant de la SPHERE PARANOIAQUE que de la SPHERE SCHIZOPHRENIQUE.

Et H. EY pose la double question :

- 1° *« Y a-t-il des délires sans altération du fond mental, ni désagrégation de la personnalité qui présentent une structure paralogique, irréductible à la systématisation raisonnée de la paranoïa ? ».*
- 2° *« Y a-t-il des délires de structure paranoïde qui ne comportent ni l'évolution vers l'incohérence, ni la dissolution de la schizophrénie ? » ⁽²⁾.*

« Si l'on répond oui aux deux questions, l'on admet le groupe des Paraphrénies ».

La réponse à la première question sera donnée avec évidence d'une part à la lecture des observations de malades, et d'autre part lors de l'esquisse d'analyse structurale qui les suivra. Rien n'est plus éloigné de la structure systématique, coordonnée, organisée, orientée du groupe de la paranoïa que la structure paralogique, incohérente, exubérante, luxuriante des délires paraphréniques.

La réponse à la deuxième question, celle concernant les rapports Paraphrénie-Schizophrénie apparaît à première vue plus difficile. En effet, les structures paraphré-

(1) H. EY : Le groupe des Paraphrénies. Conférence inédite (1933 et 1943).

(2) H. EY - Loc. cit.

niques et paranoïdes (au sens de schizophréniques) présentent un dénominateur commun : l'incohérence du délire, le caractère paralogique, magique, symbolique de la pensée délirante. Restent donc pour les différencier un trait fondamental : l'absence ou la discrétion (Paraphrénies) ou la présence (Schizophrénie) d'affaiblissement intellectuel et d'évolution vers la « démence » avec dissociation de la personnalité.

A ce sujet, la nécessité de suivre l'évolution des malades pendant toute leur vie ou au moins de longues années s'impose et les travaux de MAYER (1921) et l'expérience de H. EY et H. BONNAFOUS (1938) donnent une réponse favorable à cette deuxième question.

W. MAYER, voulant prouver l'identité paraphrénie-Schizophrénie, suivit l'évolution d'un groupe de 78 Paraphrénies à la clinique même de KRAEPELIN à Munich (9 fantastiques, 13 expansives, 11 confabulantes et 45 systématiques). Sur ce nombre, 32 évoluèrent vers la discordance (8 fantastiques, 5 expansives, 5 confabulantes, 14 systématiques). A la suite de quoi, les auteurs allemands fusionnèrent les deux groupes. Cependant, cet important travail, montre aussi qu'un nombre non négligeable de cas restent dans le cadre paraphrénique.

H. EY et H. BONNAFOUS, étudiant la structure de 128 cas étiquetés schizophrénie, durent en retirer 13 cas correspondant aux structures paraphréniques. Or, dans le service où fut effectué ce travail, les « délires chroniques » sont séparés des schizophrénies et parmi les premiers, 26 cas de Paraphrénie avaient déjà été identifiés. Ainsi sur 234 malades (schizophrénies + délires chroniques), 13 + 26, soit 39 paraphrénies (16 %) étaient dénombrées. Ainsi, comme le note H. EY et R. PUJOL ⁽³⁾ : « *Il s'agit donc d'un groupe peu nombreux mais dont la réalité clinique est incontestable... L'intégrité du fond mental y est absolue jusqu'au bout et il n'y a pas de désagrégation accentuée* ».

(3) R. PUJOL et H. EY : Les deux grands types de personnalités délirantes, E.M.C., Psychiatrie, I, 37, 299, C 10 (p. 4).

2° A propos de la conception classique française, se pose le problème des rapports Paraphrénie-Psychose Hallucinatoire Chronique.

1° Pour la majorité des auteurs français (HALBERSTADT, CLERC) les Paraphrénies correspondent aux Psychoses Hallucinatoires Chroniques, pour d'autres aux délires d'imagination de DUPRE si flou que soit ce cadre.

« C'est dire que ce n'est pas sans une révision préalable de l'histoire naturelle des structures délirantes chroniques que l'on peut admettre avec son plein effet ce groupe de délires paraphréniques qui s'impose pour ainsi dire naturellement et nécessairement dans la clinique quotidienne » écrit H. EY, qui ajoute :

« Admet-on comme base de classification des délires des *phénomènes isolés et générateurs*, comme on se figure que sont les hallucinations, dès lors on introduit entre les *délires de type dissociatif* (schizophrénies), non basés, ceux-là, sur des phénomènes élémentaires, et les *délires non hallucinatoires*, basés sur les *processus imaginatifs ou interprétatif*, la variété des *Psychoses hallucinatoires chroniques*. On se heurte alors à la difficulté insurmontable de placer des frontières entre les délires sans hallucination et les délires avec hallucinations, car, *en fait, l'activité délirante ne peut pas se mesurer, se diviser en catégories naturelles selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'hallucinations pour la raison que l'hallucination n'est qu'un aspect d'une tranche psychique plus vaste, l'activité délirante* » (4).

Ce problème a été abordé de façon remarquable dans la thèse de Ch. H. NODET (5) qui montre que sous le nom de Psychoses Hallucinatoires Chroniques ont été réunis des délires qui, justement, en dehors du phénomène hallucinatoire, n'ont aucun point commun : « Pas plus que d'une commune organisation structurale, ce n'est pas d'une identité d'évolution que pourra se réclamer la prétendue unité des psychoses hallucinatoires chroniques » (p. 32). Et de montrer l'hétérogénéité de ce groupe où il découvre :

(4) H. EY : Le Groupe des Paraphrénies. Conférence inédite.

(5) Ch.-H. NODET : Le Groupe des Psychoses Hallucinatoires Chroniques. Thèse de Paris, 1937.

1° des délires de structure paranoïaque :

- a) dont les uns ont évolué sans affaiblissement notable du fond mental.
- b) dont les autres ont évolué avec un certain affaiblissement psychique.

2° des délires de structure paranoïde :

- a) dont les uns s'accompagnent d'une nette dissociation de la personnalité.
- b) dont les autres évoluent sans perturbation nette du fond mental avec bonne adaptation au réel.

Cette disparité suggère le caractère artificiel de l'hallucination comme critère d'une catégorie de délires et la nécessité d'une révision de cette notion que nous esquisserons en nous basant sur les travaux de Ch.-H. NODET.

3° Remarques critiques à propos du phénomène hallucinatoire.

Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer à la très précise étude de C.-H. NODET que nous essayerons de résumer ⁽⁶⁾.

1° DÉFINITION CLASSIQUE ET DIFFÉRENTES VARIÉTÉS CLINIQUES :

« Un homme qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ce sens, est dans un état d'hallucination ».

Telle fut une des premières et des plus précises définition de l'hallucination que nous devons à ESQUIROL ⁽⁷⁾.

BALL la définit comme « perception sans objet », mais il y a un non-sens dans cette association de termes, il y manque l'élément essentiel : la croyance.

(6) Ch.-H. NODET : Loc. cit. p. 23-24-25 et p. 79 à 109.

(7) ESQUIROL : Mémoire sur les Hallucinations (1817).

Nous pouvons cliniquement distinguer :

- 1°) l'HALLUCINOSE (qui, en fait, n'est pas une hallucination) ;
- 2°) les HALLUCINATIONS VRAIES (ou psycho-sensorielles) ;
- 3°) les PSEUDO - HALLUCINATIONS (hallucinations psychiques et psycho-motrices) .

1°) L'HALLUCINOSE ⁽⁸⁾ :

Actuellement, on appelle « hallucinose » une hallucination à laquelle le sujet ne croit pas. Ce sont des « phénomènes caractérisés par la présence dans le champ de la conscience, d'une sensation ou d'une forme (image complexe, visuelle, auditive...) à laquelle le sujet n'ajoute pas foi ». ⁽⁹⁾. *Il y manque donc la CROYANCE dans la réalité de l'objet.* Ce n'est donc plus une hallucination car « il faut rétrécir le champ de l'hallucination authentique pour lui laisser ce caractère spécifique d'entraîner, chez le malade, une croyance intime à l'existence réelle du phantasme qu'il affirme percevoir ». (NODET).

Ces malades ne délirent pas et il s'agit généralement d'affections neurologiques circonscrites avec troubles des domaines cénesthésiques, auditifs et surtout visuels. Ces hallucinoses ne sont signalées ici que finalement pour les éliminer des phénomènes hallucinatoires stricto-sensu.

2°) L'HALLUCINATION VRAIE :

Elle se caractérise par sa propriété « *de s'accompagner chez le malade d'une CROYANCE INTIME à l'existence REELLE des phantasmes qu'il affirme percevoir* ». On distingue classiquement :

a) les hallucinations psycho-sensorielles : visuelles (rares), olfactives et gustatives (plus fréquentes) et surtout auditives (les plus fréquentes), parfois tactiles.

(8) Primitivement le terme « hallucinose » créé par WERNICKE désignait un délire hallucinatoire.

(9) CLAUDE et H. EY : Hallucinose et Hallucinations. Encéphale 1932, p. 577.

b) *les hallucinations cénesthésiques ou cénesthopatiques* : très obscures du fait de leur intériorité et qui posent des problèmes très complexes que nous n'aborderons pas.

La parenté entre hallucination vraie et ILLUSION apparaît très nette : « On appelle illusion toutes les perceptions extérieures transformées... (JASPERS) Devant le malade halluciné, il est difficile de nier la possibilité d'une illusion où la *perception déformée* serait au plus faible degré, et la *déformation INFORMANTE* au plus haut degré » (NODET).

Deux faits sont bien remarqués :

1°) D'une part la fréquence des hallucinations auditives (« Le monde que révèle l'audition, écrit NODET, est infiniment moins précis que le monde visuel... La majeure partie des sons qui nous intéressent sont les paroles dont il est banal de dire que nous percevons seulement 1/10° et en devinons et en reconstruisons 9/10°. Et c'est justement ce domaine où la contradiction sensorielle ne peut pas exister... que la plupart des malades peuplent de leurs hallucinations »).

2°) D'autre part, la rigidité du monde visuel. Or les hallucinations visuelles présentent une nette prédominance nocturne ce qui leur évite le heurt avec la solide structure du monde visuel diurne.

En somme « la nature de l'hallucination est d'être *phénoménologiquement esthétique, sensorielle, mais pathologiquement illusionnelle* » ⁽¹⁰⁾ et à ce propos, apparaît « la disproportion considérable entre la CHOSE, l'objet matériel qui est infime, et l'OBJET FORMEL perçu qui est luxuriant. » ⁽¹¹⁾

3°) *Les PSEUDO — HALLUCINATIONS* :

« Ces phénomènes pseudo-hallucinatoires ne se projettent pas sur le monde extérieur. Ils appartiennent au

(10) Ch.-H. NODET - Loc. cit., p. 85.

(11) Ch.-H. NODET - Loc. cit., p. 85.

monde intérieur de nos pensées, de nos représentations, de nos volitions. » ⁽¹²⁾

Ces phénomènes comprennent :

1° *Les Hallucinations psychiques* : elles sont de deux sortes :

a) *les phénomènes parasites* : le malade les ressent passivement (*sentiment d'automatisme*) : on voit en lui, on parle en lui, on pense en lui (il ne réalise plus la pensée comme sienne mais comme subie).

b) *les phénomènes imposés* : le malade les ressent comme une contrainte extérieure (*sentiment d'emprise*) : on le fait parler, on le fait agir, on le force à penser. Il y a perte de la liberté.

2° *Les Hallucinations psycho-motrices* : le sujet se sent agir (automatisme) ou forcé à agir (contrainte).

L'ensemble de ces pseudo-hallucinations, artificiellement découpées, peut se ramener à la « *perte du secret de la pensée et du monde intérieur* » d'une part, à la « *perte de la liberté* » (de sentir, de penser, d'agir...) d'autre part, perte du secret et perte de la liberté, réalisant le *SYNDROME D'INFLUENCE* (au maximum, ce sont les syndromes de « *possession* »).

C'est SEGLAS qui opposa pour la première fois :

1°) *Les délires de type psycho-sensoriels* (Hallucinations vraies) qui transforment le monde extérieur autour du malade.

2°) *Les délires d'influence* (pseudo-hallucinations) qui transforment le vécu que le malade a de sa spontanéité et de son intériorité.

Nous n'aborderons pas les nombreux problèmes soulevés par l'étude des phénomènes hallucinatoires (problème du passage de l'hallucinoïse à l'hallucination vraie,

(12) Ch.-H. NODET - Loc. cit., p. 82.

qui d'ailleurs ne s'observe qu'à l'occasion d'épisodes oniroïdes, hypnoïdes, comitiaux ou confusionnels ; problème des relations entre les hallucinations psycho-sensorielles (j'entends en dehors de moi, je vois en face de moi) et les hallucinations psychiques (j'entends en moi) ; problème de l'aspect obsédant de nombreuses pseudo-hallucinations ; problème obscure des hallucinations dites cénesthésiques...) mais trois données paraissent se dégager de ce rapide examen :

1° *la difficulté de distinguer les hallucinations entre elles.*

2° *la difficulté de distinguer les hallucinations des autres « mécanismes » apparents psycho-pathologiques (interprétations, intuitions).*

3° *la nécessité, comme condition de l'éclosion du phénomène hallucinatoire vrai, d'un trouble important global et profond de l'activité psychique impliquant la **CROYANCE DÉLIRANTE**.*

2° CONCEPTION DYNAMIQUE DU PHÉNOMÈNE HALLUCINATOIRE COMME DISSOLUTION FONCTIONNELLE.

Cinq ordres de considération pourraient servir de fondement à une approche plus globale et plus profonde du phénomène hallucinatoire :

1° *Nature illusionnelle de l'hallucination :*

Phénoménologiquement perceptive ou xénopathique, sa composante illusionnelle apparaît comme la nature même de sa réalisation :

*Illusion ne touchant qu'une fonction sensorielle dans l'hallucinoïse. (**PERCEPTION DÉFORMÉE** simplement).*

*Illusion touchant globalement l'activité psychique **CRÉATRICE DE FORMES** dans les hallucinations vraies et les pseudo-hallucinations. (**DÉFORMATION INFORMANTE**).*

Ainsi, comme l'écrit H. EY, « percevoir, ce n'est pas seulement identifier des objets extérieurs mais prendre

conscience comme telle de la situation réellement et actuellement vécue où interfèrent dans le champ phénoménal ce qui est extérieur au Moi et ce qui est à l'intérieur du Moi ».

2° *Le « Syndrome d'action extérieure » de CLAUDE*

Pour CLAUDE, les différents phénomènes hallucinatoires représentaient, non pas le résultat direct de processus mécaniques organiques mais « l'attribution du caractère d'objectivité à l'activité psychique » (13) les hallucinations n'apparaissent pas éléments premiers, précédents et en quelques sortes induisant le délire. Au contraire, *elles constituent un phénomène d'extériorisation de ce délire, une « manière d'être » qui manifeste une intentionalité de communication avec le monde extérieur objectif, et cette manifestation a valeur de signification affective.*

3° *L'acte hallucinatoire n'est qu'une erreur de l'acte perceptif normal.*

1°) *La perception du monde extérieur n'apparaît pas comme un acte simple et passif car ce monde nous le reconstruisons en fonction de ce que nous sommes.* Comme l'écrivait BERGSON, « c'est avec notre passé tout entier, y compris notre courbure d'âme originelle, que nous désirons, voulons, agissons. Notre passé se manifeste donc intégralement à nous par sa poussée... » (14) Et c'est avec lui aussi que nous prenons connaissance du monde. Et cette connaissance implique donc à la fois « *appréhension sensorielle du monde* » et « *CREATION d'une FORME* ». (15)

« *Car connaître c'est devenir l'autre en tant qu'il est autre* » (NODET).

2°) C'est donc cette RECONSTRUCTION instantanée du monde qui transforme le *monde objectif extérieur en*

(13) Ch.-N. NODET : Loc. cit., p. 95.

(14) BERGSON : L'Evolution Créatrice. P.U.F. (1, p. 6 et 7).

(15) GUILLAUME : Psychologie de la Forme, Flammarion, Nouvelle édit., 1948.

monde subjectif incérieur (que seul nous vivons). Et c'est au niveau de cette transformation normale que viendra s'infiltrer cette illusion qu'est l'hallucination.

3°) Le phénomène hallucinatoire sera alors significatif d'un ébranlement intense de l'activité psychique, ébranlement suffisamment profond pour permettre aux contenus instinctivo-affectifs de se projeter sur le monde extérieur.

4°) Rêves et Hallucinations

Nous venons d'évoquer l'aspect « signifiant » du phénomène hallucinatoire en tant que *projection d'un « signifié » inconscient* dans le monde extérieur, projection qui suppose une sorte de fêlure ou de *dissolution dans le processus qui donne une forme au monde objectif*.

D'autre part, le rêve, si nous ne le considérons plus sous l'angle d'un agglomérat informe d'images incohérentes, permet une analyse similaire. Qu'est-ce que le rêve ? « Le rêve, c'est la forme même de ma pensée, la seule expérience que je vive pendant le sommeil... C'est un vécu d'images qui reflètent ma personnalité, repliée et soudée à l'obscur végétation de sa couche archaïque... La virtualité fantasmique sous-jacente au psychisme de la pensée vigile passe de la puissance à l'acte et devient constituante de la conscience. » ⁽¹⁶⁾

Dans cette perspective dynamique, rêves et hallucinations, ou mieux *activité onirique et activité hallucinatoire* présentent de nombreux points communs, encore plus nets dans toute une série d'état intermédiaires (état oniroïdes, hypnagogiques, confusionnels, confuso-oniriques...) Citons parmi ces traits communs :

- 1° Dissolution plus ou moins partielle ou profonde de la conscience, des activités intellectuelles, du cadre spatio-temporel (opacité du champ de conscience).
- 2° Substitution de l'image à l'idée abstraite.
- 3° Caractère symbolique, fragmentaire, affectif, magique, de l'expérience vécue.

(16) H. EY : Etudes Psychiatriques, Tome I - Etude n° 8 : Rêve et Psycho-pathologie, p. 267.

4° Absence de toute critique (« adhérence au concret de l'image » ⁽¹⁷⁾).

Enfin, remarquons ici, le rôle des états oniriques, oniroïdes et confuso-oniriques, dans la genèse ou l'évolution des délires : « De telles expériences, peuvent remanier les croyances délirantes et servir de base aux idées-fixes post-oniriques... Elles témoignent de « *moments féconds* » du délire... »

5°) Hallucinations et dissolutions fonctionnelles de JACKSON ⁽¹⁸⁾

Rappelons brièvement les grands principes jacksonniens puis leurs apports à la compréhension du phénomène hallucinatoire.

A) Principes Jacskonniens : Ils peuvent se résumer ainsi :

1° *L'activité psychique correcte implique une HIERARCHIE dynamique des fonctions.*

2° *Tout trouble psychique implique un processus inverse de DISSOLUTION des fonctions.*

3° *Tout trouble psychique « suppose une ORGANISATION ACTIVE du niveau auquel il correspond. »* ⁽¹⁹⁾

4° *Le trouble psychique apparaît symptomatologiquement par des signes NEGATIFS (témoins de la dissolution) et des signes POSITIFS (témoins de ce qu'elle libère).*

B) Cette perspective semble permettre une appréhension des phénomènes hallucinatoires à la fois plus compréhensive et plus précise :

a) Tout paraît se passer comme si l'**HALLUCINOSE** représentait une *dissolution locale*.

(17) H. EY : Loc. cit., p. 206.

(18) JACKSON : Croonian Lectures, 1884. Trad. franç. in Arch. Suisses de Neuro et de Psych., 1922.

(19) EY et ROUART - Loc. cit., 305, Note I.

- b) Tout paraît aussi se passer comme si les **HALLUCINATIONS** et les **PSEUDO-HALLUCINATIONS** étaient concomittantes d'une *dissolution uniforme et globale* de toute l'organisation de l'activité psychique

« *Troubles dans la relation du Moi dans l'appréhension du monde extérieur* » (hallucinations vraies) ou « *troubles du Moi dans la conscience de son unité et de sa spontanéité* » (Pseudo-hallucinations), ces phénomènes apparaissent donc comme « libération d'une pensée symbolique et affective » qui jaillit de l'inconscient (se projette sur le monde ou s'intériorise) à la faveur d'une dissolution globale. « C'est à la faveur d'un manque de vigilance, d'une perte de contrôle (*aspect NEGATIF*) que l'hallucination (*aspect POSITIF*) jaillit, seule activité alors possible, qui trahit le trouble supérieur qui la libère et toutes les instances affectives qui la gonflent et la pressent. » ⁽²⁰⁾ En somme, **le malade n'est pas HALLUCINÉ, IL HALLUCINE.**

Nous concluons ces remarques sur l'hallucination en citant ces quelques lignes de CH.-H. NODET qui résume parfaitement cette vue dynamique du phénomène hallucinatoire : « *L'hallucination est avant tout une erreur de la croyance perceptive du monde extérieur ou du Moi. Elle est conditionnée par une chute de niveau psychique... Elle est pétrie de la personnalité du sujet, telle qu'elle s'ORGANISE A CE NIVEAU DE DISSOLUTION... C'est une manière pour le malade de trahir sa vie affective. C'est un mode original, mais non nécessaire, dont peut s'exprimer un délire. C'est une superstructure aux matériaux propres et irréductibles, mais dont la raison d'être est la STRUCTURE psychopatique, primitive, profonde, d'où elle jaillit.* » ⁽²¹⁾

Dès lors, l'hallucination n'apparaît plus guère apte à caractériser une série naturelle de délires et c'est dans la perspective d'une classification STRUCTURALE des délires chroniques (abordée au prochain chapitre) que se situera de façon naturelle la notion de Paraphrénie.

(20) Ch.-H. NODET - Loc. cit., p. 100.

(21) Ch.-H. NODET - Loc. cit., p. 106.

CHAPITRE III

ESQUISSE DE LA CONCEPTION STRUCTURALE DES DÉLIRES CHRONIQUES

« Or, si la recherche psychopathologique ne doit pas rester prisonnière de cadres établis pour des fins qui ne sont pas les siennes, cela ne justifie nullement la suppression de tout système classificatoire. L'intérêt théorique et pratique de la classification persiste. Un système de référence s'impose, ne serait-ce qu'en vue d'un dépassement... Nécessité de méthode qui ne résoud pas les difficultés conceptuelles de la question, mais pose et impose la question. »

G. DESHAIE.

(Psychopathologie générale - P.U.F.).

« L'idée fondamentale est celle d'une EVOLUTION STRUCTURALE et HIÉRARCHISÉE. »

H. EY.

(Manuel de Psychiatrie).

I. — DE LA STRUCTURE

Avant d'aborder la notion de structure, essayons de préciser ce que nous entendons par « *délire* ». Classiquement, on opposait et on peut encore opposer sur un plan purement descriptif « *idée délirante* » et « *état délirant* ou *délire* ».

L'idée délirante se distingue de *l'idée fausse* : l'idée fausse est une idée qui ne correspond pas à la réalité,

mais pourrait y correspondre (erreur de jugement), l'idée délirante, au contraire, heurte de front la réalité. « L'idée fausse devient idée délirante quand elle est en opposition avec la réalité ou choque l'évidence. Une idée délirante qui se maintient et se poursuit constitue le délire. C'est donc la pensée déréelle qui caractérise, sur le plan intellectuel, le délire. » (1). En fait, cette opposition entre idées délirantes et délire d'une part, et l'aspect idéique, intellectuel, du concept ne paraissent appréhender qu'un aspect très partiel du phénomène complexe qu'est le délire. H. EY le définit comme « *l'altération du système de la réalité qui reflète l'organisation versanique de la personne* » (2). Il s'agit donc d'un trouble **TOTAL** de la personnalité.

Et la caractéristique essentielle de ce trouble est la **CROYANCE DÉLIRANTE**, la notion de **CONVICTION INTIME INÉBRANLABLE**.

« Les délires chroniques sont en quelque sorte plus que des « expériences délirantes » (expériences confusonoïriques, expériences hallucinatoires aiguës, expériences oniroïdes, crépusculaires, de dépersonnalisation...) car *le Délire est pris activement dans les relations permanentes qui unissent la personne à son monde, c'est-à-dire que le délire est incorporé à la personne du délirant : les délires chroniques sont en ce sens des maladies de la personnalité, des modalités délirantes du Moi aliéné* » (3).

Fondamentalement, le délire est « **univers d'une signification projetée** » (NODET).

Le délire chronique apparaissant ainsi comme **ORGANISATION TOTALE** d'un Moi aliéné et de son monde, il devient plus naturel de fonder ses différents genres, non sur des « mécanismes apparents », (qui, en fait, ne sont que des formes de manifestation), mais sur l'étude de cette organisation aliénée, autrement dit sur la **STRUCTURE DÉLIRANTE**.

(1) POROT (A.) : Manuel Alphasétique de Psychiatrie. P.U.F. 1960, p. 148 (article de HESNARD).

(2) H. EY : Groupes des Psychoses schizo-phréniques et des Psychoses délirantes chroniques. E.M.C. Tome I, 37.281, A. 10 (p. 1).

(3) H. EY : Manuel de Psychiatrie, 1960, VII, p. 433.

Mais qu'est-ce qu'une structure ? « La structure est une configuration impliquant une disposition définie des parties » et en Gestalt théorie « cette notion précisée devient comme l'objet naturel et immédiat de la perception : un ensemble indécomposable appréhendé par l'individu pour ce qu'il signifie pour lui. » (4).

« En psychiatrie la notion de structure (comme en psychologie) cherche à dégager la formule constitutive ou le degré d'organisation d'une trouble considéré. » (5)

Mais loin de se limiter à l'ensemble et à la coordination des axes essentiels de la personnalité, elle englobe les inter-réactions de ces différents éléments et l'EVOLUTION de cette personnalité. La notion de structure, d'ARCHITECTURALE devient DYNAMIQUE. Sous un autre angle, la structure, dit MINKOVSKI, « vise la façon dont un être humain, malade ou bien portant, se situe par rapport au temps et à l'espace vécus ».

Cette notion de STRUCTURE DYNAMIQUE était déjà posée dans la conception Jacksonnienne dont nous rappelons les trois principes :

- 1°) **EVOLUTION des fonctions d'où leur HIÉRARCHIE.**
- 2°) **Possibilité de DISSOLUTION des fonctions.**
- 3°) **D'où manifestation de cette dissolution par des troubles NÉGATIFS et POSITIFS.**

Ces notions de HIERARCHIE, d'ORGANISATION, de DYNAMISME sous-tendent constamment la conception structurale des délires qui implique l'idée fondamentale d'une « *évolution structurale et hiérarchisée de l'être humain* » non sans rapport avec les notions d'« *évolution créatrice* » de BERGSON ou de « *complexification* » de TEILHARD DE CHARDIN. Cette organisation de la vie psychique s'opérerait d'ailleurs, suivant H. EY, selon

(4) POROT (A.) : Loc. cit., p. 511.

(5) Il convient donc de bien la distinguer de la notion de « constitution », état statique d'aptitudes innées ou acquises congénitalement, notion qui prête à bien des remarques.

deux coordonnées : « *le champ phénoménal de l'expérience actuelle* » et la « *trajectoire de la personnalité* » ⁽⁶⁾, mais outre cet aspect formel, elle est **SIGNIFICATION**.

II. — DU DYNAMISME STRUCTURAL DES DÉLIRES CHRONIQUES

« Il faut, croyons-nous, quitter résolument le terrain purement sémiologique pour aborder les délires chroniques, *non par leurs qualités contingentes, mais par leur structure essentielle*. Cette notion de structure, qui nous paraît absolument fondamentale pour la compréhension des délires est fonction d'une théorie dynamique des troubles mentaux. » ⁽⁷⁾

1) Le trouble psychique paraît être le résultat d'une DISSOLUTION de l'organisation actuelle du psychisme. Ce phénomène très général nous paraît englober théoriquement des processus aussi divers que la notion analytique de « *régression affective* » ou celle de « *diminution de niveau de conscience* » (état oniroïde, confusionnel...) sur des plans et dans des axes très différents. Ce concept déborde largement le cadre neurologique que lui avait donné JACKSON.

2) Cette dissolution entraîne donc une diminution du niveau d'organisation et par voie de conséquence un DÉFICIT direct. (SIGNES NÉGATIFS). Ce déficit peut être plus ou moins apparent, parfois même minime. « Tout trouble mental est le produit d'un fléchissement fonctionnel. Ce trouble fonctionnel s'exprime, selon les niveaux atteints, par un trouble capacitaire plus ou moins général et profond » ⁽⁸⁾ écrivent H. EY et ROUART. Mais, ajoute CH.-H. NODET : « ce trouble capacitaire peut être parfois très réduit, presque inapparent en raison de sa

(6) H. EY - Loc. cit., p. 28-29.

(7) Ch.-H. NODET - Loc. cit., p. 113.

(8) H. EY et ROUART - Loc. cit., p. 34.

discrétion et de l'importance submergente de toute l'activité psychique libérée. » ⁽⁹⁾

3) Cette dissolution provoque la libération des instances moins évoluées d'où l'émergence d'un mode d'être plus archaïque qui sourd des profondeurs instinctivo-affectives inconscientes. (**SIGNES POSITIFS**) : *le délire* (et ses moyens de transformer le monde : hallucinations, interprétations, imagination délirante...) *appartient à cette série positive de signes*. « Les signes positifs des niveaux de dissolution représentent l'ensemble des actes, des idées, des croyances de l'activité psychique qui subsiste. Ils sont d'autant plus considérables et voisins de la normale que la dissolution est moindre. » ⁽¹⁰⁾ En fait, ils apparaissent moins comme activité **SUBSISTANTE** que comme activité **EMERGEANTE**. Remarquons enfin que, si économiquement, l'activité délirante (qui jaillit) implique l'activité dissolvante (qui existe ou a existé à un moment donné), phénoménologiquement, cette activité délirante a un sens et sa signification est à rechercher à travers la transformation des affects inconscients en une pensée qui n'obéit pas aux opérations de la pensée logique.

4) **Signes négatifs (déficitaires) et signes positifs (subsistants ou émergents) s'intègrent à un nouveau niveau d'organisation et constituent à ce niveau la STRUCTURE de la personnalité délirante.**

Le moi est alors plus ou moins altéré et comme transformé à travers les quatre instances dans lesquelles il se construit et par lesquelles il est, selon EY, successivement « sujet de sa propre connaissance, artisan de son propre monde, auteur de sa propre personne, maître de son propre caractère ».

Il convient de noter que les phénomènes de régression et les phénomènes d'émergence étant essentiellement dynamiques, la structure présente la caractéristique fonda-

(9) Ch.-H. NODET - Loc. cit., p. 114.

(10) H. EY et ROUART - Loc. cit., p. 39.

mentale d'être *DYNAMIQUE*, donc de pouvoir se modifier dans son organisation, d'évoluer ou d'involuer quant à son niveau, de changer dans sa nature.

Aussi, lorsque nous parlerons de structures délirantes, nous le ferons parce qu'il est nécessaire de circonscrire les différentes « manières d'être » des délires pour les mieux appréhender, non pour les enfermer dans des cadres absolument statiques et immuables. Il y a là plus nécessité méthodologique que qualité naturelle. D'ailleurs la possibilité d'évolution d'une structure à l'autre (abolition du « cadre » dans le temps), pour rare qu'elle soit, et la présence des formes intermédiaires (abolition du « cadre » dans l'espace) sont là pour nous le rappeler.

III. — LES GRANDES STRUCTURES DÉLIRANTES CHRONIQUES ⁽¹¹⁾

« La position prise par H. EY réduit le risque, sans rechute dans le magma confus. Retenons-en ici la possibilité de définir certaines structures psychopathologiques dans un cadre cliniquement valable. Ainsi pourrait-on caractériser des structures résultant d'un double processus de destruction (phénomènes négatifs) et de restructuration (phénomènes positifs), quel que soit le rapport entre elles de ces deux séries de phénomènes... On doit donc clairement distinguer le point de vue de l'analyse structurale et le point de vue du déterminisme causal. »

G. DEHAIE.

(Psychopathologie générale - P.U.F.).

Comme nous l'avons entrevu à la fin du chapitre II, il n'est plus guère possible de caractériser un délire par son mécanisme apparent (hallucinations, intuition, interprétation...). Ceci a été en particulier étudié à propos de

(11) Il est préférable de parler de « structure » plutôt que « d'organisation », car une structure peut être, plus ou moins, bien ou mal organisée (bien organisée, telle la structure paranoïaque, mal organisée telle la structure paranoïde).

l'hallucination qui apparaît, non comme un « mécanisme générateur » du délire, mais comme une manifestation du phénomène délirant et plus précisément comme une projection sur le monde extérieur d'un certain contenu délirant. Dès lors, nous sommes amenés à substituer à la classification statique classique, une classification structurale dynamique, et c'est dans ce cadre, que la paraphrénie, que nous avions un instant perdue de vue, trouvera sa raison d'être et sa place naturelle située entre les structures paranoïaques et paranoïdes. Ceci nous incite à considérer trois structures :

1° **La structure PARANOIAQUE**, caractérisée essentiellement d'une part par *l'organisation systématisée et raisonnée du délire* et d'autre part par *la cohérence de la personnalité*.

2° **La structure PARANOÏDE**, caractérisée par *l'aspect flou, mal systématisé, irrationnel et paralogique du délire*. Mais ce délire peut s'accompagner :

a) d'une *personnalité cohérente* : c'est la **structure PARAPHRÉNIQUE**.

b) de *dissociation de la personnalité* : c'est la **structure PARANOÏDE** proprement dite.

Nous ne ferons que passer en revue rapidement ces trois grandes structures, nous réservant de consacrer plus loin un chapitre à l'analyse structurale des Paraphrénies.

1° — Structure PARANOIAQUE

La structure paranoïaque se caractérise par :

1°) *Un délire bien systématisé, organisé, articulé, rationnellement élaboré, qui se développe selon KRAEPELIN dans « l'ordre et la clarté ».*

2°) *Une certaine continuité avec la personnalité antérieure.*

- 3°) *L'aspect intensément « vécu » de ce délire qui repose sur un système de croyance, à base profondément affective, dont tous les thèmes se ramènent plus ou moins à la « réaction persécutrice ».*
- 4°) *Longue conservation de l'utilisation des fonctions intellectuelles.*
- 5°) *L'absence de désagrégation de la personnalité (ou discrète et tardive).*

Ces cinq critères peuvent suffire approximativement à circonscrire la sphère paranoïaque. Cependant, dans leur brièveté, ils méritent quelques nuances et quelques précisions :

1°) A propos du premier critère, qui avait fait donner aux délires les plus typiques de cette structure le nom de « *Folie raisonnante* » par SERIEUX et CAPGRAS ⁽¹²⁾, notons avec CH. H. NODET : « En réalité, est-il besoin de le dire, ce n'est pas l'évidence qui entraîne la conviction, c'est la conviction qui entraîne l'évidence. La progression du paranoïaque se fait habituellement par interprétation morbide... Et, de fait, l'erreur n'est pas dans la construction du syllogisme... La faille où vient s'insinuer l'erreur délirante, c'est la valeur affective attribuée aux prémisses... Il porte en lui une attitude affective fondamentale qui polarise et oriente ses essais dialectiques... *Partout le paranoïaque introduit le significatif.* » ⁽¹³⁾

2°) A propos du deuxième critère, celui de continuité avec la personnalité antérieure, trois remarques paraissent s'imposer :

- a) Cette personnalité antérieure ne se réduit pas à la notion de « *constitution* » qui enferme la personnalité « dans des limites de variations purement

(12) SERIEUX et CAPGRAS : *Les Folies raisonnantes* - Alcan éd., Paris, 1909. Et c'est à cet aspect que pourrait s'appliquer l'aphorisme de CHESTERTON : « Le fou est celui qui a tout perdu, sauf la raison ».

(13) Ch.-H. NODET - *Loc. cit.*, p. 123.

héréditaires ou organiques ». (14) Car « le contenu d'un délire paranoïaque trahit un *conflit intérieur*, une *situation vitale* (BLEULER) qui apparaissent comme le trauma déterminant (du contenu) et s'inscrivent dans le prolongement du développement biographique » (15).

b) Classiquement, cette personnalité antérieure, ce « *caractère paranoïaque* » réunit quatre critères de base (Hypertrophie du moi — d'où orgueil et mépris, — psycho-rigidité, méfiance, fausseté du jugement). En fait, la personnalité peut être de toute autre nature : ainsi la « *paranoïa sensitive* » ou « *délire de relation des sensitifs* » de KRET-SCHMER, qui se rattache à une personnalité hypersensible.

c) Enfin, le délire paranoïaque peut, parfois, apparaître en complète rupture avec l'état antérieur.

3°) A propos du troisième critère, appuyons bien sur la nature « *profondément affective* » de ce délire que domine, malgré la multiplicité des thèmes, celui de *persécution douloureuse* avec son revers de *réactions hypersthéniques* (16). Ces deux faces du délire paranoïaque apparaissent comme le résultat d'une *culpabilité fondamentale*, comme l'a montré son étude psychanalytique.

4°) A propos du quatrième critère, notons cependant, qu'à la longue, sous l'influence de l'âge, les manifestations délirantes paraissent se « tasser » mais sans disparaître : « *Le paranoïaque ne guérit pas, il désarme.* » (TANZI)

5°) Terminons en précisant le sens large attribué ici à la structure paranoïaque : « C'est celui que remet en honneur la thèse de LACAN (17) qui proteste contre la

(14) EY : La notion de constitution (essai critique). L'Evol. Psych., 1932, 2^e série, N° 4, p. 23.

(15) NODET - Loc. cit., p. 120.

(16) Réactions « agressives, tendues, hyperesthésiques pénétrant comme un coin le monde et la société ». (NODET - Loc. cit., p. 122).

(17) LACAN : De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. Thèse de Paris, 1932.

conception trop étroite de la paranoïa (18), réduite à une tendance agressive, quérulante ou persécutive. On doit ranger sous ce nom un groupe de délires caractérisés, selon la définition de KRAEPELIN « *par le développement insidieux, sous la dépendance de causes internes et selon une évolution continue, d'un système délirant durable et impossible à ébranler, qui s'instaure dans une conservation complète de la clarté et de l'ordre dans la pensée, le vouloir et l'action* », écrit NODET (19) et plus loin : « Ces délires regroupent, hallucinatoires ou non, les délires passionnels, les délires d'interprétation (type SERIEUX et CAPGRAS), certains délires d'influence, une partie des psychoses hallucinatoires chroniques, et les paraphrénies systématiques de KRAEPELIN. » (20)

2° — Structure PARAPHRENIQUE

La structure paraphrénique se caractérise par :

1°) *Le type « paranoïde » du délire qui apparaît flou, non systématisé, mal ou non organisé, apparemment incohérent, obéissant, en fait, à une logique irrationnelle, affective, magique, symbolique.*

2°) *L'importance des facteurs imaginatifs et hallucinatoires dans l'élaboration délirante et le caractère fantastique, luxuriant et envahissant de celle-ci.*

3°) *La juxtaposition non conflictuelle de deux mondes : le monde délirant et le monde objectif auquel le malade reste bien adapté.*

4°) *La longue conservation de la capacité d'utilisation des fonctions intellectuelles.*

(18) Par exemple, celle de GENIL-PERRIN : Les Paranoïaques. Maloine édit., 1926.

(19) Ch.-H. NODET - Loc. cit. p. 118.

(20) Ch.-H. NODET - Loc. cit. p. 156.

5°) *L'absence de désagrégation de la personnalité (ou discrète et tardive).*

Ces différents critères seront développés plus loin, lors de l'analyse structurale des Paraphrénies. Soulignons cependant, dès maintenant, trois points :

- 1°) Les caractères de ce délire flou, non systématisé, irrationnel, rapprochent cette structure de la « structure paranoïde » proprement dite et l'opposent à la « structure paranoïaque ».
- 2°) Par contre, la conservation de l'utilisation des fonctions intellectuelles et l'absence de désagrégation de la personnalité (caractères communs avec la structure paranoïaque) différencient généralement bien la « structure paraphrénique » de la « structure paranoïde » et expliquent son exclusion du groupe de la Schizophrénie.
- 3°) Mais c'est sans aucun doute la coexistence des deux mondes, délirant et objectif, qui constitue le caractère le plus original de cette structure et lui donne sa vraie autonomie. Et aussi le caractère non conflictuel de cette superposition. D'où à l'inverse du schizophrène, le bon contact du paraphrène et l'absence générale de comportement anti-social ou agressif. « Ces malades vont et viennent avec une étourdissante désinvolture entre leur monde magique et le monde réel. Leur activité est double et chaque fois adaptée : gestuelle, significative, symbolique, incantatoire, gratuite, puis, sans transition, de la plus terre à terre des efficacités. » ⁽²¹⁾

(21) Ch.-H. NODET : Loc. cit. p. 151.

3° — Structure PARANOÏDE

La structure paranoïde est caractérisée par :

1°) *Le type « paranoïde » du délire qui est ici porté à son maximum d'impénétrabilité, de fluidité, de non-systématisation, d'apparente incohérence car sa logique interne est au maximum irrationnelle et magique.*

2°) *Le fait fondamental d'être « vécu » intensément par le malade : il y a rejet du monde objectif qui est englouti par le monde délirant, ce dernier investissant tout le « vécu ».*

3°) *Importance du facteur hallucinatoire qui cependant est loin de monopoliser la manifestation délirante.*

4°) *Perte ou mise en veilleuse ou diminution de l'utilisation des fonctions intellectuelles.*

5°) *Et surtout, désagrégation de la personnalité :*

- a) *Soit modérée ou de venue tardive : Formes paranoïdes des délires chroniques.*
- b) *Soit importante, avec autisme, ambivalence, inertie, négativisme, évolution vers une discordance plus ou moins complète : Formes paranoïdes de la schizophrénie.*

Nous remarquerons :

- 1°) *Que le premier critère (caractère paranoïde du délire) rapproche de cette structure la « structure paraphrénique » et en éloigne au maximum la « structure paranoïaque ».*

I. — Structure PARANOIAQUE

- 1° Délire bien systématisé, organisé, articulé, rationnellement élaboré, se développant dans « l'ordre et la clarté ».
- 2° Une certaine continuité avec la personnalité antérieure.
- 3° Aspect intensément « vécu » de ce délire qui repose sur un « système de croyance », à base profondément affective, dont tous les thèmes se ramènent plus ou moins à la « réaction persécutrice ».
- 4° Longue conservation de l'utilisation des fonctions intellectuelles.
- 5° Absence de désagrégation de la personnalité (ou discrète et tardive).

II. — Structure PARAPHRÉNIQUE

- 1° Délire de type « paranoïde » : flou, non systématisé, mal organisé, apparemment incohérent, obéissant, en fait, à une logique interne affective, irrationnelle, magique, symbolique.
- 2° Importance des facteurs imaginatifs et hallucinatoires dans l'élaboration délirante et caractère généralement fantasmatique, luxuriant, de celle-ci.
- 3° Juxtaposition non-conflictuelle de deux mondes : le monde délirant d'une part et le monde objectif de l'autre, auquel le malade reste bien adapté.
- 4° Longue conservation de la capacité d'utilisation des fonctions intellectuelles.
- 5° Absence de désagrégation de la personnalité (ou discrète et tardive).

III. — Structure PARANOÏDE

- 1° Délire de type « paranoïde » porté ici à son maximum d'impénétrabilité, de non-systématisation, d'incohérence, car sa logique interne est au maximum irrationnelle et magique.
- 2° Délire intensément « vécu » avec rejet du monde objectif englouti dans la fiction délirante.
- 3° Importance du facteur hallucinatoire qui cependant est loin de monopoliser les manifestations délirantes.
- 4° Perte ou « mise en veilleuse » ou diminution de l'utilisation des fonctions intellectuelles
- 5° Et nette tendance à la désagrégation de la personnalité.

**TABLEAU III. — LES TROIS GRANDES STRUCTURES
DÉLIRANTES CHRONIQUES
ET LEURS CARACTÈRES.**

2°) Que le deuxième critère oppose nettement l'unique « vécu » délirant de la « structure paranoïde » à la juxtaposition des monde délirant et réel de la « structure paraphrénique ».

3°) Enfin que les quatrième et cinquième critères (perte de l'utilisation des fonctions intellectuelles et dissociation de la personnalité) séparent avec netteté cette structure des deux autres structures délirantes (paraphrénique et paranoïaque).

*
**

Au terme de cette rapide revue des trois grandes structures délirantes, bien admises par l'école structuraliste, deux conceptions nosologiques légèrement différentes paraissent émerger :

1°) *Conception structurale de CH.-H. NODET :*

Les *délires chroniques* restent un groupe bien individualisé. Ils se divisent en délires de « *structure paranoïaque* » (délire rationnel et personnalité cohérente) ; en délires de « *structure paraphrénique* » (délire irrationnel, paralogique et personnalité cohérente) et enfin en délires de « *structure paranoïde* » (délire irrationnel, paralogique, impénétrable, et désagrégation de la personnalité). Cette dernière structure apparaît donc comme très voisine de la « *forme paranoïde (c'est-à-dire délirante) de la schizophrénie* ». Certains délires chroniques et les formes paranoïdes de la schizophrénie semblent aboutir à une structure très voisine. Il n'en reste pas moins que « *délires chroniques* » et « *schizophrénies* » gardent chacun une nette autonomie et qu'aucun des deux groupes ne se résoud dans l'autre.

2°) *Conception structurale de H. EY :*

- 1°) La schizophrénie est considérée comme une « *espèce* » du groupe des *Psychoses délirantes chroniques*.
- 2°) Il n'existe que trois structures délirantes : *paranoïaque*, *paraphrénique* et *schizophrénique*. La structure « *paranoïde* » (délire paranoïde avec désagrégation de la personnalité) correspond entièrement à la schizophrénie.
- 3°) Enfin, il s'agit de la *schizophrénie sous toutes ses formes*, et non seulement de sa « *forme délirante ou paranoïde* », car l'autisme est considéré comme une « *forme d'existence délirante* ».

« Nous pensons qu'il faut définir la schizophrénie comme une psychose chronique qui altère profondément la personnalité et qui doit être considérée comme une *espèce* d'un *genre*, celui des *Psychoses délirantes chroniques*. Elle se caractérise par une *transformation profonde et progressive de la personne, qui cesse de construire son monde en communication avec autrui, pour se perdre dans une pensée autistique*. » (22)

« Ce qui caractérise le *genre*, c'est une *forme de désorganisation de la vie psychique* qui porte essentiellement sur la personne et c'est une *forme de réorganisation imaginaire du monde* selon les seules exigences affectives. Ce qui diversifie les *espèces*, c'est que :

- 1°) la *structure schizophrénique* est essentiellement une *forme de désorganisation autistique de la vie psychique*, qui dépérit et dessèche jusqu'à tomber dans une *désagrégation* ou, en tout cas, à *se fermer au monde* de telle sorte que le délire y est progressivement submergé ;

(22) H. EY : Manuel de Psychiatrie, 1960, p. 462.

2°) la structure des délires chroniques est caractérisée par la superstructure imaginaire compensatrice d'une désorganisation minima, de telle sorte que celle-ci est submergée par celle-là. L'analyse structurale des délires chroniques les divise naturellement en deux groupes : le groupe des *psychoses délirantes fantastiques* (*Paraphrénies*) caractérisées par la prodigieuse prolifération de l'imaginaire ; le groupe des *psychoses délirantes systématiques* (*Paranoïa*), caractérisées par la construction raisonnable et pseudo-logique de la fiction. » (23)

Et EY de résumer en un mot ces trois structures : « *le paranoïaque transforme le monde, le schizophrène lui substitue son autisme, le paraphrène maintient, sans contact, deux plans de pensée qui restent jusqu'au bout hétérogène.* »

*
**

Quoi qu'il en soit, les trois structures paranoïaques, paraphréniques et paranoïdes, caractérisent chacune un mode d'organisation original et relativement stable. Cependant, théoriquement, il ne s'agit pas de cadres absolument immuables et imperméables. « Nous avons insisté, écrit NODET, sur cette notion que les analyses structurales correspondent à des dissolutions typiques, artificiellement immobilisées et que tous les intermédiaires sont possibles ainsi que l'évolution d'un délire paranoïaque à une démence paranoïde. Ces transitions possibles, ces évolutions observées, supposent une désorganisation simultanée et de la structure du délire et du fond mental sous-jacent. » (24)

Car la notion de structure est essentiellement DYNAMIQUE, qualité non seulement suggérée par l'observation

(23) H. EY : E.M.C. Psychiatrie, Tome I, 37.281, A. 10, p. 4 (1955).

(24) Ch.-H. NODET : Loc. cit., p. 148.

des faits, mais aussi impliquée dans l'hypothèse de travail structuraliste qui voit dans la structure délirante un « *moment* » dans la « *trajectoire de la personnalité* » où jouent un phénomène dynamique de « *désorganisation de la vie psychique* » et un phénomène dynamique simultané de « *réorganisation phantasmatique du monde* ».

Cette mise en place des trois structures fondamentales du phénomène délirant chronique a permis de situer les Paraphrénies comme une structure intermédiaire entre les structures paranoïaques et paranoïdes, mais cependant autonome et originale.

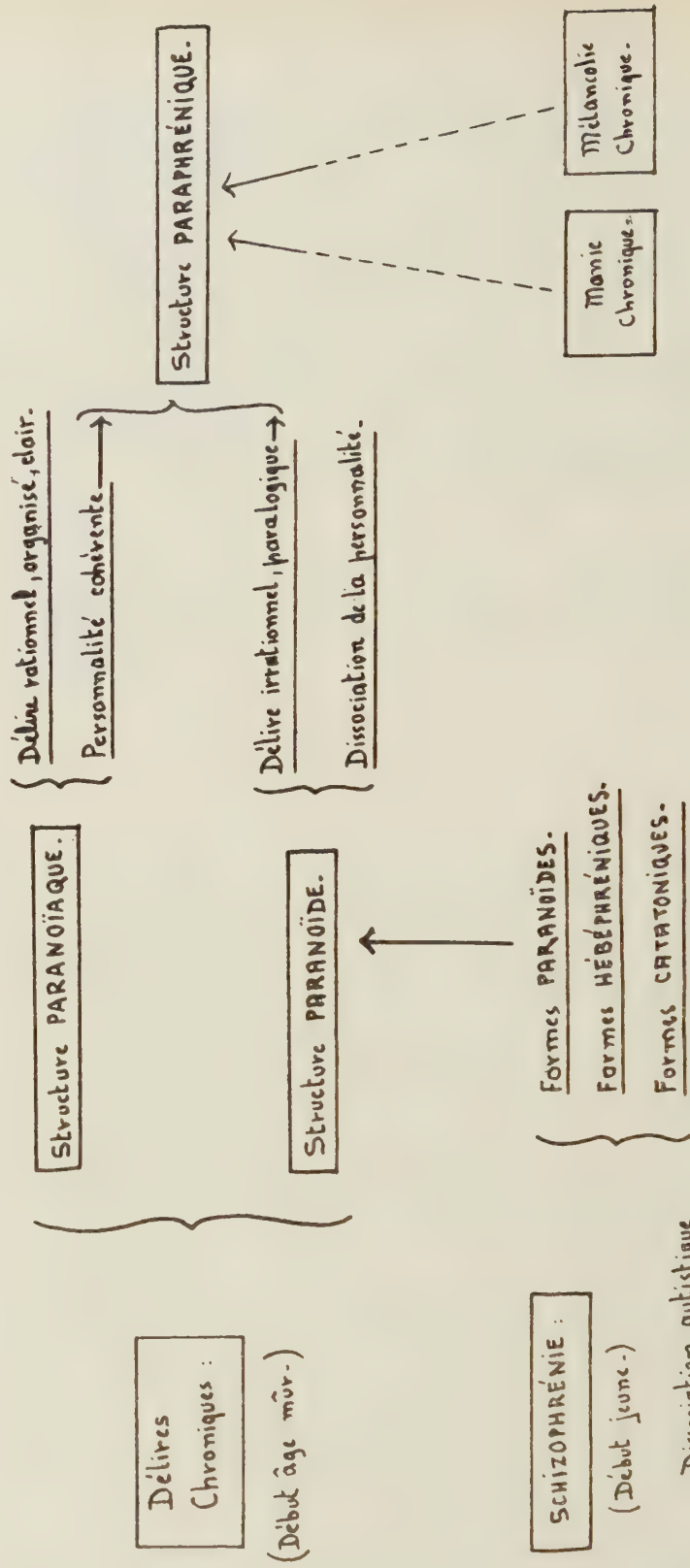


TABLEAU IV. — CLASSIFICATION STRUCTURALE DE CH.-H. NODET.

On remarquera :

1°) La distinction entre le groupe des « Délires Chroniques » et le « groupe de la schizophrénie », distinction qui est sauvegardée

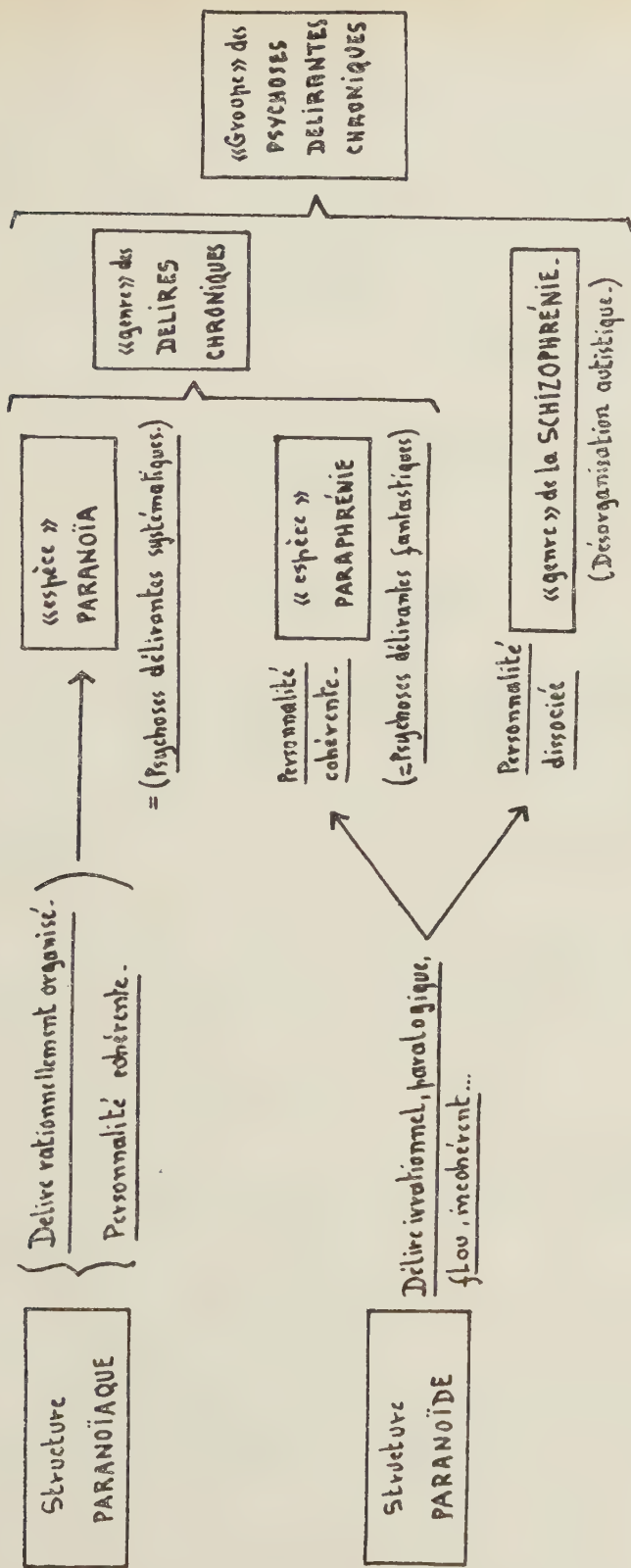


TABLEAU V. — CLASSIFICATION STRUCTURALE DE H. EY (1955).

On remarquera :

- 1°) Que la schizophrénie est intégrée au groupe des « Psychoses Délirantes Chroniques » à titre de « genre ».
- 2°) Qu'il s'agit de toutes les formes de schizophrénie (et non seulement de la forme paranoïde) car l'autisme est pour EY une forme d'existence délirante.
- 3°) Que l'autre « genre » est celui des « délires chroniques » qui comprend deux « espèces » : paranoïaque et paraphrénique.

CHAPITRE IV

ETUDES CLINIQUES

A) OBSERVATIONS

Nous avons réuni ici un certain nombre d'observations de délires entrant dans l'orbite de la structure paraphrénique. Cette recherche a été effectuée à la fois dans un service de femmes (Service du Docteur HOUSER à l'Hôpital Ste-Madeleine - Bourg (Ain) et dans un service d'hommes (Service du Docteur NODET à l'Hôpital St-Georges - Bourg).

Nous n'avons tenu compte que des malades présents au moment de l'enquête de façon à pouvoir prendre contact personnellement avec eux. Dans chaque service les malades ont été divisés en deux groupes :

- 1°) Les délirants chroniques ;
- 2°) Les autres malades.

Les délirants chroniques, à leur tour, ont été divisés en trois grandes catégories correspondant aux trois grandes structures délirantes chroniques :

- 1°) Structures paranoïaques ;
- 2°) Structures paraphréniques ;
- 3°) Structures paranoïdes.

Les critères utilisés sont ceux énoncés au chapitre précédent et résumés dans le tableau III.

A. — Sur 142 femmes, nous avons trouvé 58 délires chroniques répartis en :

- 1°) 11 délires de structure paranoïaque ;
- 2°) 8 délires de structure paraphrénique ;
- 3°) 39 délires de structure paranoïde.

Les 8 délires paraphréniques constituent les observations numérotées de I à VIII.

B. — Sur 146 hommes, nous avons trouvé 44 délires chroniques répartis en :

- 1°) 9 délires de structure paranoïaque ;
- 2°) 6 délires de structure paraphrénique ;
- 3°) 29 délires de structure paranoïde.

Ces 6 délires paraphréniques constituent les observations de IX à XIV.

En somme, sur 102 délires chroniques nous trouvons :

- 1°) 20 délires paranoïaques ;
- 2°) 14 délires paraphréniques ;
- 3°) 68 délires paranoïdes.

Nous n'aborderons pas la question des pourcentages. La méthode utilisée ici n'ayant aucune prétention statistique. Aucun des critères donnant une valeur statistique à une enquête ne se trouvant réalisés et ne pouvant l'être. Ne serait-ce qu'en vertu du trop petit nombre de malades et de l'absence d'homogénéité entre les deux services (femmes et hommes). Tel n'était pas d'ailleurs le but de ce travail portant avant tout sur l'aspect nosologique et structural du problème de la Paraphrénie.

Observation n° 1

M^{lle} Ja... J. Malade de 68 ans, hospitalisée depuis 1926 à l'âge de 30 ans.

Certificat d'admission : « Aliénation mentale caractérisées par des idées délirantes de persécution reposant sur des hallucinations auditives et visuelles avec crises d'excitation. »

Elle était graveuse sur peignes.

A l'entrée, la malade répondait exactement et rapidement aux questions posées, disait son nom, son âge, le jour, le mois et l'année actuelle, savait où elle était, qui l'avait amenée.

Son affectivité paraissait conservée.

Pas de confusion, pas de déficit intellectuel, pas de dissociation.

Le délire était exubérant : « Il y a trois ans qu'on me poursuit... Ce sont des voix qui me troublent par la T. S. F. et l'électricité. On me suit partout... J'ai essayé d'aller loin. Ça a continué... Ce sont des menées ; on me fait des visions, du magnétisme, des incantations... On ne peut plus en sortir, une fois qu'on est pris là-dedans... On me faisait respirer de mauvaises odeurs... du soufre, du phosphore... On m'a mis un microphone dessus... Dans la tête ça me brûle, il me semble que la calotte du crâne se détache... Dans la poitrine, on me prend les nerfs depuis la cuisse, avec ces incantations, on me gonfle... Tout ça, c'est une cabale montée contre moi... J'ai été inquisitionnée... ».

Peu de temps après son entrée, la malade écrit un journal qui commence ainsi : « Depuis si longtemps que je patauge dans les méandres vaseux de ce vaste caquetage de mauvais aloi, à l'instant où les êtres qui me bafouent ont atteint aux cimes de l'insolence et de la goujaterie, il me semble nécessaire de me recueillir et de rassembler des souvenirs et les impressions que je garde en moi, de ma triste odyssée. Brisée par l'affront et la moquerie et ridiculisée et torturée par de mauvais traitements qui dépassent l'entendement humain, j'ai été abaissée par le désir de le faire par des êtres plus bas que moi. Ce que je ressens maintenant dans le chaos de mes pensées qui naissent et meurent en moi, c'est l'impression morbide qui paralyse ma façon d'être, telle que je la conçois... »

En avril 1959, la malade restait toujours aussi lucide, bien adaptée au service ; le contact était bon, mais le délire persistait et s'était même amplifié dans le sens de la grandeur et du fantastique ; son papa a été crucifié... il est le Christ, ils ont multiplié les membres de sa famille par centaine de mille pour les exterminer ensuite... on les loua... elle fait tout ce qu'elle peut pour les sauver... et la meilleure chose qu'elle puisse faire, c'est de les éteindre... ils couvrent ainsi le monde entier et les êtres... elle a

17.000 instruments pour le faire... la Mer Morte menace les monts cylindriques et des centaines de mille courent le risque d'être noyés... parfois ses pères viennent la voir en invisibles, car elle vit avec ses invisibles... tout est double... la vie, la ville, le monde... la mer de Marmara menace Sainte-Madeleine ; seuls, les murs la séparent de la mer.

Délire de chiffres fabuleux, d'énormités, plus ou moins cosmique ou extensif. Actions merveilleuses et fantastiques de sauvetage, des centaines de mille de membres de sa famille persécutés à travers le monde.

On ne note par ailleurs aucun syndrome dissociatif. Son comportement est également bien adapté. Elle semble du reste faire elle-même son diagnostic : « Il y a deux vies : celle qui se voit et celle des invisibles ». Elle passe de l'une à l'autre sans les mélanger. Elle n'est nullement affaiblie, présente, lucide, bien orientée, sa mémoire est conservée.

Le 4 novembre 1964 : « Mes élus sont dans les murs de cette maison... c'est un repaire d'assassins... on y guette ma famille qui est innombrable et moi aussi... c'est avec des outillages qu'ils pincent l'invisible qui a été en communication avec moi et me font souffrir et des parents, des frères par milliers, ils sont dans l'éternel, car ils n'ont pas le droit de vivre en bas... ils ont été tous martyrisés... ils avaient un « savoir » mais trois assassins sont autour d'eux, se relaient, c'est dans l'au-delà... ils ont de la fortune mais on les vole, c'est le siège de la franc-maçonnerie qui tient leur argent ; les deux chefs francs-maçons mangent à la maison... ils ont leur savoir, aussi ils sont puissants ; ils tournent en sens contraire les outillages d'honneur de ma famille, ces outillages sont humiliants... tout ce que je pense, est relevé... mon travail sert de nourriture à ceux qui sont autour de moi et la maison mange aussi ma famille... ils noient aussi mes parents dans les océans... c'est un troupeau sanguinaire de l'au-delà... ce sont des gens qui se sont cachés dans l'au-delà et dans l'invisible et ils veulent nos fortunes pour pouvoir retourner dans la vie, ils coupent la tête et les membres de ma famille, de mes milliers de frères ; ceux-ci sont des martyre et ont fait un dieu... ils ont des pouvoirs pour me protéger, mais ont mis les voiles... »

Par ailleurs, l'attitude de la malade est calme, un peu rêveuse, lorsqu'elle évoque son monde délirant ; son langage est correct avec quelques néologismes ; le contact est bon. Au point de vue niveau de conscience, la malade est lucide, elle n'est ni confuse, ni obnubilée, ni somnolente. Sur le plan psycho-moteur, elle est calme, elle n'est ni agitée, ni figée. Sur le plan instinctivo-affectif, la malade ne paraît pas outre mesure ennuyée ou effrayée par ses thèmes délirants. Sur le plan intellectuel, elle est bien orientée, sa mémoire de fixation et d'évocation est correcte pour son âge, ainsi que ses facultés d'attention et de concentration.

Elle est bien adaptée dans le service, fait le ménage, lave par terre, balaie...

La malade est traitée depuis l'apparition des neuroleptiques, d'abord par la Chlorpromazine (largactil), puis par la Lévomépromazine (Nozinan).

Actuellement, son traitement associe :

200 mmg. de Lévomépromazine (nozinan),
6 mmg. d'Halopéridol,
10 mmg. d'Artane,
1 comprimé d'Heptamyl.

En conclusion, on remarquera notamment :

1) d'une part, l'incohérence apparente du délire, son irrationalité, l'intrication des thèmes de persécution, de grandeur, de mysticisme dans un ensemble fantastique et de plus en plus luxuriant ;

2) d'autre part, l'intégrité de la sphère intellectuelle et la cohérence de la personnalité qui reste bien adaptée à la vie du service. Il n'y a pas de désintégration ;

3) enfin, la coexistence du monde fantastique et du monde réel, le passage de l'un à l'autre s'opérant instantanément et sans remous.

On remarquera aussi la distance que la malade garde vis-à-vis de son délire, dont l'évocation, malgré certains thèmes terrifiants, n'entraîne aucune réaction émotive de peur ou d'anxiété.

Observation n° II

Mme Ca... A. Malade de 62 ans, hospitalisée à 38 ans pour psychose paranoïde avec délire polymorphe, fantastique.

L'observation est très pauvre jusqu'en 1959.

11 août 1959 : On a noté : même état psychique, inchangé et inchangeable. Malade calme, toujours très délirante : « J'ai été enregistrée par Monsieur Saint-Père... cela me fait trois fois sept.. c'est la première et la dernière... je ne peux pas faire plus... cela fait quatre fois six = 24... j'ai été obligé de préserver mon fils pour de l'argent. Je prends le rouge sur les bras... j'ai eu de petits éclats sur les bras... j'ai tout perdu, je n'ai plus de hanches et n'ai plus de tête... ».

29 septembre 1961 : Rend de petits services, elle se promène dans le parc, dort bien, est calme, travaille un peu.

Cependant; délire toujours incohérent, langage hermétique, pense qu'elle sortira à la fin du règne de Georges II.

12 avril 1963 : On note : délirante et hallucinée, mais orientée, calme, coquette. Conservation d'une bonne mémoire, aucune dissociation, très présente, bon contact.

Actuellement : La malade se présente d'une manière très correcte, elle s'exprime normalement, sur tout ce qui ne touche pas à son délire, a eu son brevet élémentaire et supérieur ; toute son attitude est calme, le contact est excellent. Le niveau de conscience est normal, la malade paraît lucide.

Au point de vue psycho-moteur, légère passivité (mais sous-neuroleptiques depuis de longues années). Affectivement, elle n'est ni excitée, ni déprimée, ni anxieuse, ni euphorique. Au point de vue intellectuel, l'orientation spatio-temporelle est bonne, la mémoire de fixation et d'évocation est bien conservée pour son âge. Il n'y a ni trouble de l'attention, ni trouble de la concentration. Par contre, dès que l'on oriente la malade par quelques mots inducteurs sur son délire, le passage du monde réel au monde paralogique est immédiat : « Mes parents sont à leur poste : ils me suivent ; ils sont revenus de Chine... Ils me disent un mot de temps en temps... j'avais une vertèbre qui avait été touchée pour faire grandir le grand Paul... elle avait été fondue. Je n'avais rien senti. Maintenant j'aurais besoin moi aussi de grandir... avec l'argent dont je dispose, je voudrais des pilules qui font grandir... c'est pour plaire à mon mari, il est professeur... il vient me surveiller, puis me regarde et repart. Il est invisible, du moins il le devient pour moi... c'est pour faire travailler les postes de T.S.F. Ceux qui savent bien les utiliser, peuvent en tirer de tout, de l'argent, de la nourriture, correspondre avec n'importe qui. Ils centralisent les tubes... il est bien placé pour faire revenir les gens avec ces tubes... ceux qui sont partis dans la poussière... avec six assiettes de poudre on peut partir ou six cuillerées, je ne me rappelle plus. On ne peut sortir d'ici que mort, mais il y a plusieurs façons de sortir de la mort... c'est de passer dans la poussière ou dans un voile... c'est un voile qui se déploie et on va dans le ciel se rafraîchir... ça s'appelle le « flint ». Le flint, ce sont les personnes qui attendent d'être arrangés de nouveau... là-haut... après elles peuvent redescendre sur la terre et reprendre leur travail... j'y suis partie à l'âge de 6 ans après avoir mangé six fois cette soupe et nous sommes partis sous nos couvertures, tout habillés... nous passions sous les portes. Maintenant, il me faudrait des dents. Le dentiste m'en a arraché, ça m'empêche de parler car, bien qu'on soit dans une fumée, on a la parole... ».

Cela se prolonge indéfiniment, les questions précises amènent des réponses apparemment irrationnelles, le ton est celui d'une conversation normale, il lui paraît naturel de parler de ces choses et tout cela a l'air d'aller de soi.

La malade a actuellement un petit traitement :

Lévomépromazine (nozinan)	50 mmg.
Trihexyphénidyle (artane)	4 mmg.
Heptaminol (heptamyl)	1 comprimé

On constate donc chez cette malade : d'une part, l'absence de dissociation et de détérioration intellectuelle, un bon contact et une bonne adaptation à la vie du service et, d'autre part, la présence d'un monde délirant qui ne paraît pas gêner la malade dans son activité journalière.

Elle n'en parle pas spontanément, mais si on la met sur la voie, elle devient diserte et abondante, mais toujours avec calme et détachement.

Observation n° III

M^{me} Bu... M. Malade de 55 ans, vivant en ménage avec un cultivateur, mère de deux enfants, entrée dans le service le 14 juin 1963 pour un état délirant datant certainement de plusieurs années.

15 juin 1963 - Certificat de 24 heures : Délire d'allure paranoïdes avec thèmes de grandeur et de persécution.

A l'entrée, la malade présente d'emblée deux séries de signes d'ordre différent :

1) une hyperthymie avec état d'excitation, d'exaltation de l'humeur, paroles explosives, instabilité motrice. Elle passe du coq à l'âne, déverse un flot de paroles. On pense à un accès maniaque.

2) Syndrome délirant de type paranoïde, incohérent, à thème mégalomane : « Je travaille avec l'Etat, j'ai tous les papiers... je travaillais avec l'eau et l'or... je n'ai rien à me reprocher... il y a presque dix ans que je n'ai pas mangé de lait... ils me font lécher les murs, mais ils en supportent les conséquences... je suis médecin, j'ai mon diplôme de chirurgien... je suis reine de Mou-thier... je n'ai pas porté plainte, ils l'ont fait à ma place... j'ai des montres dans les pieds... je suis une femme artificielle... »

28 juin 1963 - Certificat de maintenue : Délire paranoïde à mécanisme à la fois interprétatif et hallucinatoire.

5 septembre 1963 : Malade calme mais délirante, aucune critique de son délire. L'épisode maniaque ou pseudo-maniaque du début a disparu, mais le délire persiste, apparaissant toujours aussi incohérent, ondoyant et divers.

Actuellement (novembre 1964) : « J'ai des montres dans le dos... je les entends battre, c'est de naissance... quand j'étais petite, je travaillais dans des mines d'or... j'avais trouvé une barre d'or... mes parents me coupaient des pièces d'or... j'étais une reine et faisais des cadeaux... ils veulent maintenant que je parte, ils veulent me faire mourir pour prendre ma place de reine. Ils ont essayé de me tuer, mais ils ne pouvaient pas, parce que je ne sortais pas de chez moi... ils m'ont fait partir, c'est pourquoi je suis ici... ma mère aussi était reine, mon père roi et ils avaient une couronne d'or... on m'a couronné de bonne heure, vers cinq ans je crois... Avant on me parlait toute la journée, des hommes, des femmes que je ne connaissais pas. Maintenant, je n'entends plus rien... la propriété, où j'étais, était privée et il fallait des papiers pour venir me voir, c'est la Préfecture qui les donnait... ».

A la question « reine de quoi ? », elle répond « reine de famille », « partout où j'allais, je donnais aux pauvres... ».

Contrairement à l'observation précédente, l'abord de la fiction délirante est ici plus difficile. Le récit qui précède a nécessité questions sur questions. La malade semblait ennuyée d'avoir à en parler. Elle parlait d'ailleurs de son histoire au passé comme d'un conte ou d'un rêve qui est terminé.

Cependant, elle se dit toujours reine, elle avoue n'être plus reconnue comme telle. Elle n'est pas dissociée. Bonne conservation des facultés intellectuelles. Elle n'est désorientée ni dans le temps ni dans l'espace. Sa mémoire et son attention paraissent conservées, mais le fond est un peu présénile. Elle paraît assez passive, mais il faut tenir compte de son traitement assez élevé :

Lévomépromazine (nozinan)	150 mmg.
Halopéridol	4 mmg.
Heptaminol (heptamyl)	150 mmg.
Artane	6 mmg.

Dans l'ensemble, il n'y a plus trace d'exaltation ni d'excitation qui paraissent n'avoir duré que quelque temps à son entrée. Elle s'occupe dans le service, balaie, fait les lits.

Ce qui domine ici, d'une part, c'est une adaptation relative-ment bonne, la présence au début de troubles de l'humeur qui ont rapidement disparu, la conservation de la cohérence de la personnalité et des fonctions intellectuelles et, d'autre part, le peu d'influence de son délire sur son comportement habituel.

Ce délire persiste, mais il est comme enfoui et nécessite une certaine « mise sur la voie » pour s'extérioriser sous forme de récit.

Observation n° IV

M^{me} De... J.-H. Malade de 60 ans, hospitalisée une première fois dans le service à l'âge de 30 ans (en 1933), mariée, une fille décédée à un an.

A l'entrée, le 4 novembre 1963. Diagnostic fourni : psychose hallucinatoire.

Certificat d'internement ; état d'anxiété avec idées de persécution et d'empoisonnement, hallucinations auditives, violences et menaces de mort.

A l'entrée, on a noté : la malade parle avec assez de volubilité, mais de façon imprécise, ne se souvient pas des dates, parle des frayeurs subites, irraisonnées, d'idées d'empoisonnement ; elle se figure qu'on voulait l'empoisonner, qu'on lui mettait quelque chose dans le lait qu'on lui apportait le matin, se montre semi-confuse, parle comme dans un rêve, instable, puérile, irritable, parle en mettant la main devant sa bouche, pleure, se fatigue très vite. »

Il semble donc s'agir d'un épisode délirant hallucinatoire et interprétatif à thème de persécution d'une part et, d'autre part, d'un état faisant penser à un syndrome confuso-onirique.

Certificat de 24 heures : Délire de persécution systématisé avec idées d'empoisonnement, terreurs nocturnes, anxiété, période de dépression psychique avec troubles de caractère, idées de suicide, susceptibilité, illusions, fausses reconnaissances.

18 novembre 1933 : L'épisode aigu confusionnel semble avoir disparu, le délire persiste, hallucinatoire, mais plus chaotique et moins systématisé.

15 octobre 1934 : La malade sort, apparemment améliorée.

2^e hospitalisation le 24 novembre 1935.

Certificat d'admission : Malade très hallucinée, parle à des êtres imaginaires ; idées de persécution contre son mari qu'elle menace de tuer.

Comme la dernière fois, l'épisode aigu se tasse rapidement ; le thème de persécution dirigée contre son mari devient diffus, les hallucinations persistent.

30 avril 1959 : Reste hallucinée de temps à autre : hallucinations de la vue et de l'ouïe. Par moment, admet que ses anciennes idées de persécution (empoisonnement, préjudice) peuvent être mises sur le compte de la maladie nerveuse, mais ne critique pas ses hallucinations actuelles, s'occupe bien ici. Assez bonne adaptation.

9 mars 1961 : Voit des bêtes qu'on martyrise, des chattes attaquées par un boyau, des lapins qu'on assomme « Ça me rend

bien malade » dit-elle. Entend toujours une voix qui lui parle et avec qui elle dialogue.

Son traitement est alors de : 150 mmg de Chlorpromazine (largactil).

Certificat de situation du 11 octobre 1963 : Etat délirant complexe avec syndrome hallucinatoire, actuellement relativement apaisé.

Actuellement, en novembre 1963 : La malade se présente avec calme, légèrement passive (elle est sous-neuroleptiques), le contact est bon, la malade est consciente, lucide, ni somnolente ni confuse.

Au point de vue affectif, elle n'est ni anxieuse ni euphorique, ni agitée, ni déprimée.

Au point de vue psycho-moteur, on ne note ni inhibition, ni agitation.

Enfin, au point de vue intellectuel, l'orientation spatio-temporelle est bonne, la malade est légèrement déficiente (ce qui n'a rien de particulièrement anormal, vu son âge), il n'y a pas de troubles de l'attention.

En somme, pas de détérioration des facultés intellectuelles ni de dissociation de la personnalité.

La malade est peu loquace spontanément, mais elle reste très délirante et devient abondante une fois amorcé le dialogue sur son monde délirant.

« Ces années dernières, je voyais des animaux, maintenant encore de temps en temps... on leur tire les boyaux par le derrière... on met des crochets dedans... et on tire... il y avait des chats, des chiens, des chevaux, des éléphants, des chèvres... ils ne faisaient pas de mal aux moutons... le chef avait une baïonnette et au bout un crochet... ils l'entraînaient par l'anus et tiraient ensuite, tant qu'ils pouvaient... c'est un homme mais en réalité, toute une bande... je n'aime pas voir ce qu'ils font aux bêtes... ils leur plantent des crochets dans les pattes et les font marcher... ils les pendent, la tête en bas par un long boyau qui sort du derrière et ils les font tourner... on ne me parle pas beaucoup dans la journée, mais j'entends les deux du soir avant de m'endormir... ils sont deux et ils me parlent, quand je suis dans mon lit... autrefois, ils causaient toute la nuit, maintenant, ils ne me parlent pas longtemps, une heure au plus... ils répètent des mots, je leur réponds... je ne me souviens pas de quoi on parle... leurs paroles empêchent les animaux d'être martyrisés... Quand ils ne sont pas là, les autres tuent des milliers de chats... ils utilisent un traîneau qui ramasse les chats... ils sont entraînés dans des rouages et sont broyés... ils ne peuvent pas se sauver, car il y a des palettes qui les repoussent de chaque côté... ce n'est que la nuit que je vois ces égorgements dans mon lit... j'en suis toute frigorifiée... on

aurait dit qu'ils le faisaient exprès pour m'embêter... il y avait du sang partout... ils leur tiraient les boyaux du derrière, parce qu'ils pensaient qu'ils étaient constipés... des fois, ils les écœuraient ; je veux dire qu'ils leur tiraient le cœur avec... ; des fois, ils rentraient tout dedans, cœur et boyaux, avec un bâton et alors les bêtes ne mouraient pas. Parfois, ils les attachaient avec des machines et les écartelaient... c'est bien ennuyeux de voir des choses pareilles... heureusement, ils ne reviennent plus souvent, ceux qui faisaient ces choses... il y avait des noirs et des blancs, le chef était noir, parfois il mangeait les animaux... ils faisaient beaucoup de sacrifices... »

Le traitement est :

Chlorpromazine (Largactil)	200 mg.
Halopéridol	3 mg.
Artane	6 mg.
Heptaminol (Heptamyl)	150 mg.

Cinq points sont à noter dans cette observation :

1) l'âge du début apparent du délire (vers 30 ans) et surtout la forme confuso-onirique aiguë, et l'aspect très vécu de l'expérience délirante hallucinatoire initiale qui, lors des deux hospitalisations, a rapidement disparu ;

2) l'évolution du délire, dont le thème principal du début (dirigé contre le mari) et relativement systématisé, fait place progressivement à un délire fantastique à type de tuerie sanglante portant sur des animaux.

Il y a transfert de l'objet persécuté : la persécution subie au début par le malade est projetée sur des animaux.

On remarquera, en outre, le symbolisme sadique-anal et castrateur de ces mises à mort ;

3) la complète indifférence de la malade à son délire. Elle le raconte calmement, sans paraître autrement effrayée, légèrement ennuyée tout au plus ;

4) l'absence de détérioration intellectuelle et de dissociation de la personnalité ; celle-ci reste bien adaptée à la vie du service (la malade aide et fait en particulier de très belles broderies pour services à thé) ;

5) on notera enfin la juxtaposition de cette adaptation au réel et du monde délirant fantastique et sanglant. Ces deux mondes n'empiètent pas l'un sur l'autre, chacun restant sur un plan différent.

Observation n° V

M^{me} Ba... E., 52 ans. Entrée dans le service en 1963 à l'âge de 51 ans, célibataire, secrétaire-copiste dans l'armée.

Les troubles paraissent débuter vers 1950.

Est hospitalisée une première fois en 1955, où elle est traitée par électro-chocs.

2° hospitalisation en 1956 : lobotomie.

3° hospitalisation : à la fin le 1956 : 7 mois, où elle a été traitée avec 75 mmg. de Chlorpromazine (Largactil).

Depuis, vivait chez son père, plus ou moins stabilisée, s'occupait dans la maison de façon très correcte, faisait les courses, mais continuait à manifester des idées qualifiées de bizarres par son entourage.

En quelques semaines, aggravation avec idées délirantes polymorphes, agitation, hallucinations, fabulation...

A l'entrée, le 31 décembre 1963, malade assez asthénique, pas désorientée du tout, le contact est bon, aucune détérioration intellectuelle ; elle rappelle parfaitement toutes les dates de son histoire personnelle, mais crée de toutes pièces d'innombrables épisodes factices et fantastiques : se présente comme ayant été mariée 22 fois avec Pierre de Champigneules de Clermont de Juvisiy, maréchal de France, avec Guy de Chenonceaux... la malade est elle-même maréchale de France depuis cinq ans... son nom de jeune fille est B. Clamart de Montpensier... elle est aussi chef du contre-espionnage français. Les agents de Moscou lui ont enlevé la matrice, puis le vagin avec des rayons X... on l'électrisait chez elle, on la glaçait l'hiver et on la brûlait l'été. C'était de l'extérieur...

« Je ne les voyais pas... je ne sortais pas du reste de chez moi... mai j'ai retrouvé mon vagin... c'est le Christ qui me le fit revenir... il m'apparaît la nuit, je l'entends, j'ai trop souffert, ça fait 21 ans que je suis électrisée... il y a une semaine, on voulait m'inscrire dans une maison de prostituées... et on m'a traitée de putain... ».

A cette époque, il est noté : Délire chronique, caractérisé par son évolution qui semble durer depuis une dizaine d'années, chez une femme de 51 ans, par la présence d'un syndrome d'influence, d'hallucinations auditives et cénesthésiques, par des thèmes fantastiques de grandeur, de persécution, à la fois politico-historiques et érotico-mystiques, par un manque de systématisation et l'apparence assez chaotique du délire, enfin par l'intégrité des fonctions intellectuelles.

Certificat de 24 heures, le 1^{er} janvier 1964 : Délire paranoïde avec hallucinations auditives, idées délirantes mégalomniaques.

Certificat de maintenue, le 14 janvier 1964 : Délire paraphrénique d'évolution ancienne, à thème de puissance, de grandeur, d'énormités.

Traitement :

Lévomépromazine (Nozinan)	75 mmg.
Halopéridol	6 mmg.

Le 27 janvier 1964 : La malade est parfaitement calme. L'épisode de légère excitation du début a disparu. Les hallucinations ont diminué de fréquence et surtout d'importance aux yeux de la malade.

Elle s'occupe bien dans le service, mais reste inébranlablement délirante. Ce délire, cependant, ne perturbe pas son comportement.

La malade réclame calmement sa sortie, mais accepte son hospitalisation sous prétexte de protection contre ses ennemis.

Actuellement, septembre 1964 : Malade très calme, contact bon, discussion agréable, bonne orientation spatio-temporelle. La malade est active, s'occupe de la lingerie, reprise des draps et fait de la broderie.

Mise sur la voie de son délire, elle ne demande pas mieux que de l'extérioriser et sa façon correcte de présenter les choses contraste avec l'énormité du contenu :

La malade est mariée avec de nombreux maris : Pierre de Contemines (s'est marié avec elle à 48 ans 7 mois et 9 jours), Pierre de Champigneules de Clermont de Juvisy, d'abord général puis maréchal de France. Elle cite le nom d'une demi-douzaine d'autres maris, elle n'est pas divorcée mais mariée à tous ensemble. Elle-même, s'appelle Emma Marie B. de Clamart de Montpensier... elle ne l'a appris que récemment par des religieuses qui s'occupent de sa généalogie. Elle descend d'une grande famille. Elle ne peut se rappeler de tous ses ascendants, car les électro-chocs lui ont enlevé la moitié gauche de sa mémoire. Elle n'a jamais couché avec ses maris et c'est le Christ qui l'a mariée avec eux. Elle a des milliers d'enfants. Elle accouche pratiquement tous les ans et chaque fois d'une demi-douzaine d'enfants à la fois. Elle a des moules dans son corps et c'est dans les moules que se font les enfants. Elle confie ses enfants à ses différents maris : « J'espère qu'ils seront élevés dans le droit chemin avec l'honneur de la famille comme il se doit... ». Chenonceaux, Chambord, Versailles appartiennent à sa famille « Je suis issue de l'empereur Charlemagne, je suis sa millième petite fille... ».

La conversation dévie et soudain le thème du délire change. Le thème de persécution succède au thème mégalomane : « à Alger, on m'a fait souffrir. On m'a fait passer pour une prostituée... c'est une Israélite qui apprenait le russe... elle me faisait des rayons X... on m'en fait d'ailleurs encore... je le vois le soir... on voit des lueurs bleuâtres sur la vitre.. d'ailleurs, ce sont les voix qui me le disent... on me parle dans la journée et avant que je m'endorme... je n'entends rien la nuit, car les médicaments me

font dormir comme une souche... les voix, il y en a qui sont pour moi et d'autres qui sont contre moi... en plusieurs jours, j'ai reçu 9000 rayons X et un professeur de la Sorbonne m'a dit qu'il fallait me désinfecter avec des hydro-carbures de carbone... Je suis d'ailleurs mariée aussi à ce professeur et il m'examine à distance.

Le Christ lui parle. Elle l'entend, mais son père et sa mère ne l'entendaient pas, car c'était le soir... on lui en veut à mort, parce qu'elle était pour le Maréchal Pétain... on lui a fait couper la tête, une fois qu'il était mort, sur son lit de mort de peur qu'il ne ressuscite... d'ailleurs, depuis sa première hospitalisation, on lit dans sa tête... Les rayons X lui ont fendu le vagin, ils lui ont détruit l'utérus. Heureusement, il lui reste des moules inattaquables pour mettre au monde ses innombrables enfants... les rayons X lui ont aussi grillé le foie... on a du lui enlever... la malade n'a plus de derme, que la peau et les os... et il ne lui reste plus qu'un demi-litre de sang... on lui a mis une petite plaquette d'argent sur le cœur... cette intervention lui a coûté 10 millions, car on lui avait ouvert l'oreille gauche et le ventricule droit... En outre, elle n'a plus ni cerveau ni cervelet (lobotomie effective en 1956)... Elle ne peut donc plus penser par elle-même, elle ne pense que ce qu'elle voit... sans foie, l'intestin presque vide, sans cerveau, sans cervelet, sans derme... la malade se sent vide, mais, en réalité, elle est toujours gonflée par ses grossesses incessantes.

Le traitement actuel est :

Lévomépromazine (Nozinan)	75 mmg.
Halopéridol	6 mmg.
Heptaminol (Heptamyl)	300 mmg.
Artane	6 mmg.

On notera :

1) l'ancienneté du délire qui date déjà d'au moins 10 ans et qui a du fréquemment autrefois se présenter sous des formes aiguës, la malade ayant été lobotomisée et ayant reçu des électrochocs ;

2) le contraste entre l'attitude sthénique et agitée des premiers jours de son hospitalisation et le calme qui lui a rapidement fait suite ;

3) le délire fantastique, où s'enchevêtrent dans un ensemble apparemment chaotique, fantastique et luxuriant, des thèmes de persécution, des thèmes de grandeur, de filiation, des thèmes érotiques et mystiques (on notera, en particulier, l'alliance des thèmes d'énormité et de fécondité), la présence d'hallucinations sensorielles et psychiques avec syndrome d'influence ;

4) on notera aussi le peu de résonnance affective de ce délire, l'absence d'angoisse et d'anxiété, contrastant avec les épouvantables malheurs qui lui surviennent dans son monde délirant ;

5) on remarquera l'absence de détérioration intellectuelle, de confusion, de désorientation et l'absence de dissociation de la personnalité avec maintien d'un excellent contact ;

6) on notera, en dernier lieu, la coexistence apparemment sans conflit du monde délirant fantastique et du monde réel auquel la malade reste relativement bien adaptée, du moins dans le cadre d'un service hospitalier.

Observation n° VI

Mlle Bo... J.-M. Il s'agit d'une malade de 72 ans, hospitalisée le 9 juillet 1946 à l'âge de 54 ans pour « psychose hallucinatoire chronique ».

Certificat d'admission : 20 juin 1946 - Atteinte de « psychose hallucinatoire chronique » Elle est entourée de personnages qui la harcèlent avec des ondes électriques. On lui parle et on lui vole sa pensée, on lui prend ses organes et on lui remplace par des organes pris sur des cadavres. Aussi étudie-t-elle le droit pour devenir avocate et poursuivre en justice ses adversaires.

A l'entrée, il est noté : Parents décédés, fille unique, célibataire, vivait de ses revenus. Depuis plusieurs mois, se plaint d'être ennuyée par des ondes, par des appareils clandestins. On lui enlève ses organes, son cerveau. Elle a la tête vide, elle est « éthérée » par l'électricité. Elle fait des études pour être avocate. Elle a étudié une collection de 64 volumes, elle a lu tout le code criminel, etc... elle est obligée d'étudier avec une loupe, parce qu'on lui faisait des ondes devant les yeux. Elle a porté plainte au commissariat et écrit au médecin-légiste.

Certificat de 24 heures : 11 juillet 1946 - Psychose hallucinatoire chronique avec troubles cénesthopathiques. Reçoit des ondes, prise de ses organes..., Autodidactisme. Projets ambitieux et fantasques.

En somme, délire flou, hallucinatoire avec idée de grandeur mais dominé par un syndrome de persécution et d'influence auquel elle réagit par un comportement mégalomaniaque.

16 novembre 1960 : Reste très persécutée et très délirante : « on met des appareils dedans son corps, elle va se plaindre au Vatican ».

17 septembre 1963 : « Moi, je suis moi... j'ai appris la médecine et les techniques secrètes à Bombay... je suis née à Calais... c'est le double de mes parents qui m'ont élevée... mes vrais pa-

rents sont dans l'Hindouistan... je suis une riche orpheline et j'attends ma rente viagère... je suis châtelaine de B. (nom de la malade), j'ai trois châteaux...

Actuellement, 13 novembre 1964 : La malade se présente avec un excellent contact, très mondaine ; politesse raffinée, un peu désuète, type même de la vieille dame cultivée et charmante, nous raconte ses « secrets » : « Depuis 1940, je suis réfugiée ici, comme orpheline. J'ai étudié quatre ans de médecine... j'ai préparé une petite fiole, car j'ai fait de nombreuses recherches scientifiques... c'est la fiole B. (nom de la malade)... j'ai eu la médaille « Humanité », c'est devenu la fiole « Humanité »... j'ai aussi étudié la médecine à Bombay, et j'ai le capuchon du Vatican... cette fiole sert pour toutes les maladies des voies respiratoires... j'ai d'ailleurs le monopole en Amérique... c'est en 1961 que j'ai connu la Vérité... j'aurai 17.000 francs par mois, en réalité c'est 17 millions, mais il ne faut pas le dire, car les religieuses me les prendraient... Je connais les « ondes-hôpital » pour parler aux infirmières... les médecins leur parlent par ce système... vous comprenez... on se comprend entre nous, puisque vous êtes médecin... On se parle dans une petite onde et les autres ne comprennent pas... c'est très scientifique... je suis très heureuse de savoir tant de choses... Sous le sceau du secret, je peux vous dire que j'ai donné mon casino de Calais ainsi que quelques villas et quelques hôtels... je ne peux pas dire d'ailleurs ce que je sais... les petites « survivies » de mes parents ont été élevées... ce sont de « petits doubles »... j'ai des « doubles » religieuses, car je suis d'origine indienne... Actuellement, je me sens libre et me sens revivre... je fais des doubles avec mon corps... il se coupe par le milieu et sur les côtés... le milieu est ligaturé avec une jeune sœur... je fais des doubles comme des enfants et je me multiplie par mes doubles... j'ai aussi un bon fluide qui guérit les mauvais... je fais un geste pour chasser les mauvaises pensées, car on m'attaque pour me faire dire mes secrets... je connais aussi l'Egypte... Après la mort, au bout de dix ans, ils revivent... je les vois en pensée, mais je ne peux pas deviner ce que c'est... j'ai étudié le droit civil à Bombay, la philosophie, la pharmacie, la médecine... ses grands-parents, les comtes de Coole, habitent à Londres à Buckingham... mais maintenant, c'est fini... et je suis héritière de tout cela... mais ça ne me rapporte pas, parce que je refuse tout revenu de mes palais... je n'en ai pas besoin, car chaque fois que je fais une découverte, je gagne 200 millions... mon grand-père habitait en Amérique et je faisais la navette entre l'Inde et l'Amérique... je le sais, parce que mon oncle, grand procureur général à New-York me parle dans la tête... c'est lui qui m'a dirigée dans ma vie... aujourd'hui nous sommes vendredi 13 (effectivement date exacte)... c'est le jour de la justice... je suis indemne et je communique constamment avec lui... il est gentil pour moi et il m'envoie beau-

coup d'argent... j'ai une maladie mystérieuse, c'est celle des boutons de l'eau et des épines... ça s'appelle « les boutons de l'éau-quépine »... il y a une bulle puis une épine au milieu puis ça tombe tout seul... j'ai beaucoup d'autres secrets, puisque j'ai un autre nom, mon nom secret, mais je ne peux pas vous le dire, vous comprenez... vous aussi, vous ne me diriez pas le vôtre... ».

La malade est calme, parle agréablement, elle est très gracieuse, correctement habillée, elle ne présente aucun trouble du niveau de conscience. Pas de troubles de la sphère psycho-motrice. Pas de troubles de la sphère affective (ni anxieuse, ni expansive, peut-être, cependant, légèrement euphorique).

L'orientation spatio-temporelle est parfaite ; il n'y a ni troubles de la mémoire ni de l'attention.

Actuellement, la malade reçoit pour traitement 75 mmg. de Chlorpromazine (Largactil).

Certains points sont à remarquer :

1°) les thèmes délirants sont extrêmement nombreux ; thème de filiation princière, thème mégalomane de richesse, thème ésotérique de dédoublement de la personnalité, thème pseudo-scientifique de secrets extraordinaires, de pouvoirs mystérieux, thème de transformation corporelle, thème de persécution qui paraît bien noyé sous les autres. Le tout est dominé par l'aspect fantastique mégalomane et foisonnant du délire ;

2°) tous les mécanismes entrent en jeu : intuitif, interprétatif, hallucinatoire... ;

3°) on remarquera le début d'apparence tardive du délire (53 ans), ou plus exactement son extériorisation manifeste ;

4°) l'aspect persécutoire qui semblait assez net au début, a été progressivement submergé par l'aspect fantastique et mégalomane ;

5°) on remarquera surtout le contraste étonnant entre ce délire touffu, irrationnel, polymorphe et l'intégrité des fonctions intellectuelles remarquablement vives d'une part, la bonne adaptation à la vie du service d'autre part, et, en dernier lieu, l'absence totale de dissociation de la personnalité.

Observation n° VII

M^{lle} Ca... M. Malade célibataire de 45 ans, mère de deux filles, Marianne, 8 ans et Josette, 12 ans.

Hospitalisée le 12 janvier 1964. C'est sa première hospitalisation. La malade vient d'Algérie.

Certificat d'admission : « Etat psychotique obsessionnel grave nécessitant son départ en France en vue de traitements spéciaux (23 novembre 1963) ».

Certificat de 24 heures : le 13 janvier 1964 - Délire extrêmement riche et luxuriant, de structure paraphrénique.

A l'entrée, l'attitude de la malade est calme. Elle est correctement vêtue, maquillée avec sobriété. Langage correct avec cependant une légère tendance logorrhéique, si l'on interroge. Le contact est bon. Niveau de conscience normal. Aucun trouble psycho-moteur.

Au point de vue affectif, souriante, ni anxieuse, ni euphorique, pas d'indifférence affective.

Au point de vue intellectuel, bien orientée dans le temps et l'espace. Pas de troubles de la mémoire. Attention et concentration normales, pas de troubles de l'idéation.

Pas d'antécédents familiaux ni collatéraux. Parents décédés, il y a plusieurs années, vivait seule avec ses deux filles. A travaillé comme employée de bureau puis comme femme de ménage dans différentes places.

Délire interminable avec fabulation abondante.

C'est avec calme et avec le sourire que la malade nous introduit dans son monde délirant extrêmement enchevêtré.

« On m'a toujours attiré dans des pièges... déjà Franco poursuivait mon père, car il était roi d'Espagne... il a donc fallu que je me cache, car je suis aussi menacée par eux ; il nous suivait avec la télévision qu'il braquait sur nous... ce sont eux qui, par sorcellerie, m'ont défigurée... c'est bien ainsi que c'était, car j'ai essayé de trouver mon cas dans des livres de médecine, mais je n'y suis pas arrivée... ce sont eux qui me faisaient chasser par mes employeurs successifs... ils se sont mis d'accord avec le F.L.N. pour me traquer... ils ont creusé des souterrains immenses... c'est comme une vie sous la terre... il y en a même sous le moulin, mais si vous voulez les découvrir, il vous faudra des petits hypnotiques... car ils projettent un jet de chloroforme et endorment ainsi les soldats... c'est un Egyptien qui les commande... ils m'ont changé la tête car ce n'est plus comme avant... je les entends des fois dans ma tête... parfois, je me sens toute drôle... par exemple, ce matin, on m'a dit de faire quelque chose et je ne me souviens plus quoi... c'est pénible de sentir qu'on est sous la domination de quelqu'un et que l'on n'y peut rien... Il paraît qu'ils sont 5... je viens à l'Eglise du Saint-Esprit, à Oran... ils me font de l'insémination artificielle, puis ils m'accouchent en secret... ».

En somme, délire paraphrénique à thème de persécution et d'érotisme, aux mécanismes hallucinatoires intuitifs, interprétatifs avec syndrome d'influence.

30 janvier 1964 : Bonne adaptation à la vie hospitalière, tranche sur le reste des malades par le soin mis à sa tenue, s'occupe à l'ergothérapie.

Actuellement, Novembre 1964 : La malade n'a pas changé. Le contact est excellent. Les facultés intellectuelles sont intactes, mais le délire qu'elle raconte avec toujours autant de sérénité, paraît s'être amplifié.

Cependant, cette amplification touche le passé et non le présent. Elle parle à l'imparfait et il semble que des éléments nouveaux s'ajoutent à l'histoire vécue de ce monde délirant, mais comme un enrichissement de cette expérience ancienne : « Je sentais qu'on abusait de moi une fois, je changeais d'endroit... je ne sentais plus rien... on devait m'hypnotiser... Pourtant, ma fille de 12 ans, Josette, couchait avec moi... on devait donc l'endormir aussi... il y a des choses terribles, parce que c'est trop grave ; je croyais n'avoir que deux enfants, Marianne qui a 8 ans et Josette qui a 12 ans... en réalité, Marianne était 5... il est impossible de les reconnaître... j'avais 4 quintuplées... mais on me l'a caché, on m'a dit : « tu n'as qu'une petite fille » et les autres, on les a fait passer dans le souterrain... pour les faire jouer au cirque Amar... En réfléchissant bien... je ne crois pas qu'on couchait avec moi... on a dû me faire ça par insémination artificielle. Josette qui a 12 ans m'a expliqué que j'avais 5 Mariannes, que des souterrains aboutissaient dans la maison que j'habitais... tantôt, on me mettait une fille, tantôt l'autre, mais elles sont toutes les répliques des unes et des autres... aussi, je ne m'en apercevais pas... j'ai longtemps cru n'avoir qu'une Marianne jusqu'au jour où Josette me l'a expliqué. Je les voyais donc qu'une par une, jamais ensemble... celle qui s'endort le soir, n'est pas forcément celle qui s'éveillait le matin... il y a partout des souterrains... Ils sont toute une bande qui kidnappe les jolies femmes... Marilyn Monroë, par exemple n'est pas morte, elle a été kidnappée... ils chassent les belles filles et les entraînent dans leurs souterrains... d'après Marianne (c'est Josette qui me l'a dit) c'est très beau ; il y a de très belles villas... tout plein de luxe... il y a des piscines avec de l'eau bleue... lorsque mes filles y allaient, on leur mettait du « Brunisol » sur la peau pour qu'on croit que c'étaient des Mauresques... d'ailleurs, Marianne mettait des micros sur elle et elle pouvait correspondre avec eux... Je remarquais bien chaque fois qu'elle mettait sa main devant sa bouche... « tout va commencer (me disait-elle) ; on nous habille là-bas comme des princesses... », ce n'est quand même pas drôle de savoir jamais laquelle c'était... je crois qu'il y en a une plus belle que toutes les autres, mais on me la cache... non, je n'ai jamais rien vu de tout ce qui s'est fait... c'était pendant que je dormais... j'avais un débarras fermé à clé et le Monsieur qui m'avait loué la villa, m'avait dit de ne jamais l'ouvrir... ma fille m'a dit que c'était là que débouchait le souterrain... C'est quand même une drôle d'idée de m'avoir fait cinq enfants artificiellement... il y avait aussi des savants qui avaient fait la bombe atomique dans ces souterrains et aussi des grands

médecins, mais vous savez, ceci est très compliqué... et il y a beaucoup de choses que je ne peux pas vous dire... ».

La malade recevait comme traitement :

Chlorpromazine (Largactil)	100 mg.
Halopéridol	3 mg.
Artane	10 mg.
Heptamyl	3 comprimés

On notera donc :

1) la présence d'un délire assez mal organisé, irrationnel, où le rôle de la fabulation paraît dominant plus que les mécanismes hallucinatoires ou interprétatifs. Ce délire est fantastique (thème de fécondité forcée par insémination artificielle, d'organisations de réseaux de souterrains, multiplication par 5 d'une de ses filles...) ;

2) le thème de persécution qui paraît prédominer à l'entrée, semble actuellement secondaire, presque submergé par la fabulation fantastique ;

3) on remarquera la bonne conservation des fonctions intellectuelles, d'une part, et l'absence de désintégration de la personnalité d'autre part, dans un délire assez tardif ;

4) enfin, on observera la superposition de ce monde délirant fantastique que la malade accepte sans trop d'émotion et la bonne adaptation au réel, comme en témoigne le bon contact de la malade et son activité dans le service.

Observation n° VIII

M^{lle} Po... A. Malade de 72 ans, hospitalisée le 12-1-1964. Transférée d'un hôpital d'Algérie dans le cadre du rapatriement. Elle est hospitalisée depuis l'âge de 43 ans pour « délire hallucinatoire chronique ». Au début, avait été décrit comme délire de persécution peu systématisé avec comportement calme et résigné.

Malade célibataire. Avait vécu jusqu'à la première hospitalisation avec ses parents, décédés depuis. Serait la plus jeune de cinq enfants, dont trois décédés et dont l'avant-dernière, une fille, a été mariée, a eu trois enfants et se trouve encore en bonne santé.

Aucun autre renseignement sur les antécédents.

A l'entrée, il a été noté : les Espagnols lui donnent des coups d'aiguillon, des coups d'épingles dans la tête, aux poumons, au cœur... ils lui parlaient mais la menaçaient, si elle parlait à son tour... une voix lui dit : donnez-moi de l'argent ou je fais éclater

une guerre... c'était une voix d'Espagnol... elle lui disait encore : il faut que tu donnes 1.000 francs à un tel, 1.000 à un autre... mais elle ne le faisait jamais... ils savaient tout ce qu'elle pensait... ils voulaient la commander en pensée, mais elle ne se laissait pas faire... ils font la « mano-mégra », c'est-à-dire une cérémonie où ils font du mal en secret... ils lui envoient de la chaleur ou du froid... ce sont des anarchistes ou peut-être une secte... elle ne sait pas...

A ce moment, on notait déjà : malade sensible à l'ambiance, bien orientée, possédant une bonne mémoire.

En somme, psychose hallucinatoire avec thème peu cohérent de persécution (elle ne sait qui sont ces persécuteurs, elle ne sait le motif pour lequel on la persécute et finalement, on lui fait très peu de mal par comparaison avec certaines de leurs victimes sur lesquelles ils s'acharneraient).

Hallucinations multiples sensorielles, sensibles, psychiques.

Cerificat de 24 heures, 13 janvier 1964 : Etat délirant assez mal systématisé aux mécanismes hallucinatoires.

Certificat de maintenue, 25 janvier 1964 : Psychose hallucinatoire.

Actuellement, 17 novembre 1964 : La malade est bien adaptée; le contact est excellent. Bonne orientation dans le temps et l'espace. Pas de troubles de l'attention ni de l'idéation. Niveau intellectuel moyen. Le dialogue s'établit sans difficultés. Le langage est correct, bien qu'un peu pauvre. Pas de troubles du niveau de conscience (ni somnolence, ni obnubilation). Pas de troubles psycho-moteurs, si ce n'est un léger tremblement d'origine vraisemblablement neuroleptique.

Au point de vue affectif, la malade n'est ni anxieuse, ni angoissée, ni déprimée, ni euphorique, ni expansive, elle n'est pas non plus indifférente, elle parle de son délire, malgré son contenu assez pénible, comme de quelque chose qui ne la gêne pas outre-mesure.

On lui parle dans sa tête, on chante aussi beaucoup... oui, il y a des gens qui l'ennuient... ou plutôt, ils l'ennuyaient, car ils se font plus rares... ce sont des Espagnols... ils se font donner de l'argent... ils peuvent connaître tous les secrets des administrations... ce sont les Américains qui leur ont fait connaître ces moyens... ils lui envoient des coups d'aiguillons, des coups d'épingles, puis des douleurs dans la tête, aux reins aussi...

« Ils me montrent des visions... ils me parlent de telle personne, puis ils me montrent la vision, me disent que c'est un secret, que je ne peux rien dire, que je ne dois rien dire et si je dis, c'est des coups d'aiguillons... ; oui, presque tous les jours, ils sont après moi..., non, ça ne m'ennuie pas beaucoup, mais quelquefois... ; ils disent qu'on va m'envoyer de la tension, de même une telle... La tension, c'est la force que nous avons dans

les membres, dans le corps... ; actuellement, ils m'ont pris ma tension... C'est pour cela que je ressens de la faiblesse dans les jambes... ma tension n'est plus la même... ils captent mes forces et ils m'affaiblissent de temps en temps... puis ils me les redonnent si je suis obéissante... je connais un village où ils ont fait mourir deux frères... ils étaient aiguillonnés... et à chaque coup d'épingles, la force fuyait par les petits trous... ; quand ils lâchent ceux qu'ils affaiblissent, ils ne peuvent plus marcher, mais le plus souvent, ils ne veulent pas qu'ils meurent... alors ils leur redonnent des forces tout à coup, on sent quelque chose qui vous prend et la force rentre... ça prend à la poitrine, puis au dos, puis aux bras... au contraire, quand ils prennent la force, c'est dans les jambes que ça commence à partir... moi, je suis à l'abri le plus souvent, car d'autres sont là pour me protéger... ce sont des gardes... ; ce sont les Espagnols qui font tout cela... ils sont organisés en plusieurs groupe, qui veulent conquérir le monde... Mais ils n'y arrivent pas, parce qu'ils ne s'entendent pas entre eux... Ils séchent aussi le lait des vaches et des chèvres... ; ils font aussi du mal aux raisins et le raisin se dessèche... mais ceux qui me protègent, font passer tout cela... les uns attaquent, les autres protègent... mais maintenant, on s'occupe peu de moi... ; moi, je regarde... ; ils ont bien d'autres soucis... ».

Depuis son entrée, la malade a été traitée par :

Chlorpromazine (Largactil)	100 mmg.
Halopéridol	6 mmg.
Artane	4 mmg.
Binocotal	1 comprimé

On pourra noter :

1) d'une part, l'élément persécutif qui est important et d'autre part, le caractère assez peu fantastique et assez pauvre de ce délire qui contraste avec la richesse exubérante et fantasmagorique des observations précédentes ;

2) cependant, le caractère flou, mal organisé, assez peu cohérent de ce délire qui, par ailleurs, n'est ni sténique, ni agressif, ne permet guère de le considérer comme relevant d'une structure paranoïaque ;

3) la cohérence de la personnalité, l'absence de dissociation, le bon contact, la conservation des capacités intellectuelles, malgré le fond assez frustré de la malade, ne permet pas non plus de le considérer comme relevant d'une structure typiquement paranoïde ;

4) en fait, la coexistence, d'une part, de ce délire mal organisé et, d'autre part, la bonne adaptation de la malade sinon à la vie extérieure, du moins à la vie du service et la conservation de la cohérence de sa personnalité, font plutôt penser à une struc-

ture paraphrénique, d'autant plus que les événements du monde délirant ne paraissent pas retentir avec évidence sur son affectivité.

En tout cas, il semble que ce délire gravite plus près de la sphère paraphrénique que des sphères paranoïaque ou paranoïde.

Observation n° IX

M. Du... E. Malade de 52 ans, cultivateur, marié, hospitalisé le 10 juin 1954.

Certificat d'entrée : Le malade est atteint des troubles suivants :

1) il se croit officier d'un groupe de résistants chargé de mission d'espionnage, dit s'être entraîné nu la nuit dernière dans la boue pour mettre ses pièces en batterie, etc...

2) troubles psycho-sensoriels (hallucinations visuelles) : dit avoir observé au cours de la nuit précédente des signaux lumineux, lui permettant de correspondre avec les capitales du monde entier. En fait, au dire des voisins, qui le surveillaient, il aurait erré la nuit dans les granges du village avec des allumettes.

Certificat de 24 heures, le 12 juin 1954 : Etat confusionnel avec idées mégalomaniaques et incohérence.

Certificat de quinzaine, le 18 juin 1954 : Syndrome oniroïde, mégalomanie, incohérence, expansion de type maniaque.

Bulletin médical du 1^{er} juillet 1954 : Malade relativement calme, mais garde des idées de grandeur très délirantes.

6 décembre 1961 : Délire de persécution à aspect mégalomaniaque « on arrête ma correspondance... on m'a mis ici pour que je sois en sûreté... j'étais chef de maquis... vous êtes bien au courant... ». Il se fait écrire sous un faux nom, en s'annoblissant.

20 juillet 1962 : Délire de type paraphrénique : lors d'une dernière promenade des malades en autocar, il avait remarqué un grand service d'ordre avec beaucoup de voitures et d'hélicoptères... pour le protéger... Kroutchev devine ce qu'il pense... le malade communique avec les capitales du monde entier... La résurrection est pour aujourd'hui « tout va bouger ». Il n'y aura plus besoin d'argent et on sera tous en uniforme... La Sainte-Vierge est sa mère...

Le malade est calme et travaille dans le service.

Tels sont les renseignements trouvés dans l'observation.

Actuellement, 20 septembre 1964 : Le malade se présente dans une attitude calme, correctement habillé. Le contact est bon, légè-

rement altéré par l'ennui qu'éprouve le malade à raconter son histoire qu'il est persuadé que les médecins connaissent par cœur. Pas de troubles de niveau de conscience, ni somnolence, ni obnubilation. Pas de troubles de la sphère psycho-motrice, si ce n'est une légère passivité peut-être due aux neuroleptiques.

Au point de vue intellectuel, l'orientation spatio-temporelle est bonne. Niveau relativement frustré, mais on ne peut parler de détérioration.

Le malade lit, s'intéresse à la télévision, s'occupe dans le service. Il prend l'interrogatoire qu'il juge ennuyeux, avec le sourire.

Le délire est rapidement mis en évidence :

« Je ne peux plus sortir... je ne suis plus en sécurité dehors... regardez, quand je vais en promenade, par exemple, il y a tout un service d'ordre pour me protéger... Ce sont des policiers internationaux... des hélicoptères survolent le ciel... j'ai fait le maquis... Non, ce n'est pas pour cela... c'est parce que je suis trop haut... je suis maréchal de l'Armée... je suis le maître de l'univers... je ne suis pas fait pour régner ici-bas, mais en haut... sur tout le genre humain, puisque l'esprit est partout... c'est cependant facile à comprendre... Mon esprit est partout... dans tout l'univers, dans toutes les choses... aussi les gens sont jaloux... je suis le Christ... C'est la seconde fois que je reviens sur la terre... et c'est bien la dernière ! Ils ne m'ont pas crucifié, mais ils cherchent à me descendre pour voir si je ne vais pas ressusciter une seconde fois... mais cette fois, c'est clandestinement que je suis venu... C'est à 42 ans que je me suis aperçu de ce que j'étais... ; j'étais dans le maquis, je faisais un geste comme cela (il lève la main d'un geste protecteur) et cela s'agissait de tous les côtés... ça faisait de la lumière... j'ai vu que j'avais alors des pouvoirs extraordinaires... Par la parole et par le geste, je peux correspondre avec tout le reste du monde... ».

Le traitement actuel est de 100 mmg. de Lévomépromazine (Nozinan) et de 7 gouttes de Néosynéphride.

On notera :

1) le début apparent qui semble avoir été de type oniroïde avec expansion de type maniaque. Un mois après, il était noté que le malade était devenu relativement calme mais conservait ses idées délirantes ;

2) le délire qui apparaît ici assez nettement fantastique, peu riche, plus persécutif au début qu'actuellement avec une nette dominance mystique et mégalomaniaque ;

3) le contraste entre ce délire et la bonne adaptation du malade dans le service avec absence de détérioration intellectuelle et de dissociation.

Observation n° X

M. Ca... M. Malade de 50 ans, hospitalisé depuis 4 ans, célibataire, vivant avec ses frères, cultivateur. Parents décédés depuis longtemps. Certificat d'études primaires.

Certificat d'hospitalisation, le 8 mars 1960 : « Idées délirantes de persécution : « On m'envoie des ondes qui me détraquent le cerveau ». Insomnies avec hallucinations. Trois tentatives d'entrée au séminaire ».

A l'entrée, on avait noté : 1°) Syndrome délirant complexe avec, en premier lieu, des thèmes de persécution (le diable... les esprits... les ondes qui me paralysent le cerveau et qui me font lever brusquement la nuit... »), hallucinations psycho-sensorielles avec syndrome d'influence (on connaît ses pensées), interprétations (on change les objets de place chez lui ; 2°) idées d'indignité (« je suis damné ») avec réactions dépressives (anxiété, larmes par moments) ; 3°) légère expansion mégalomaniaque (« vous croyez que les journaux en ont parlé ? », la conviction délirante est absolue et la maturation de ce délire semble remonter à quatre ans.

Pas de paralysie générale. B. W. négatif. Ponction lombaire normale.

Certificat de quinzaine, le 26 mars 1960 : « Syndrome sub-aigu de persécution avec hallucinations multiples. »

Sortie le 13 avril 1960, le délire paraissant suffisamment tassé.

2^e hospitalisation le 3 septembre 1960 :

A l'entrée : hypomanie, logorrhée, idées de persécution (« les francs-maçons me tombaient sur la tête »... « ils me parlaient par les ondes »), auto-dépréciation (« je suis damné... plus bas que Lucifer... Dieu m'a parlé... »). Cette fois, assez peu anxieux. Par contre, excitation et instabilité.

Certificat de 24 heures, le 6 septembre 1960 : « Syndrome délirant complexe. Conviction d'être damné exprimée dans un état hypomaniaque manifeste. Conviction grandiloquente qui confine parfois au sourire. »

Certificat de quinzaine, le 17 septembre 1960 : « Syndrome délirant atypique, mélange d'excitation et de conviction délirante mélancolique. Nettement plus calme actuellement. »

De 1960 à 1964 : L'évolution du malade a présenté sans doute deux aspects : 1) d'une part, retour rapide au calme avec absence d'anxiété et d'excitation (qui ne réapparaît que lorsqu'on lui parle de son délire). Bonne adaptation dans le service. Pas de troubles de la personnalité.

2) Conviction délirante identique. Le syndrome d'influence et les hallucinations psycho-sensorielles ont disparu, pour faire place à une extension fabulatoire avec idées permanentes de damnation.

Actuellement, 20 novembre 1964 : Malade souriant, calme, bien adapté, s'intéresse à la télévision, s'occupe à l'ergothérapie, parle calmement de ses activités dans le service. Pas de troubles du niveau de conscience, ni de troubles psycho-moteurs. Bien que le niveau intellectuel du malade ne soit pas trop élevé, il semble y avoir intégrité des fonctions intellectuelles. Bonne orientation spatio-temporelle, excellente mémoire de fixation et d'évocation. Pas de troubles de l'idéation.

Nous abordons le sujet du délire : le ton du malade change alors, il devient plus vif, légèrement logorrhéique, un peu excité. Il entre d'emblée dans le sujet :

« Je suis damné : je vais aller en enfer. On ne peut rien faire pour moi... je me suis bien confessé, j'ai bien reçu l'absolution, mais ça ne fait rien... j'avais communiqué et je n'aurais pas dû le faire... Vers 20 ans, j'ai voulu me faire prêtre, mais je n'ai pas pu et je n'avais pas les aptitudes... depuis plus de 4 ans, je sais que je suis damné (effectivement, entré à l'hôpital il y a 4 ans, en 1960)... j'ai communiqué alors que je n'avais plus le droit. Le Saint-Esprit m'avait fait comprendre que je n'avais pas à entrer dans sa maison, car j'avais un sort jeté par le démon... le démon est venu un soir pendant que j'étais couché. Il est entré dans le grenier et il m'a jeté quelque chose dessus et je n'avais plus le droit de communier après.... ça m'est tombé sur le cou... ça ressemblait à un œuf, ça s'est dissipé sur moi en un instant... je n'aurais pas dû aller communier après cette histoire là. Si je n'avais pas communiqué, je n'allais pas au ciel, mais je n'étais pas damné... J'étais sous le sortilège du diable. Maintenant, je vais de toute façon en enfer... ce que j'ai fait, c'est plus qu'une communion sortilège. Il n'y a plus de pardon... Plus personne ne peut plus rien pour moi... Les prêtres ne savent pas ce qui s'est passé... J'ai beau leur dire, ils ne veulent pas comprendre... Ils n'ont pas le pouvoir de m'enlever cela... Je ne vais plus à la messe et je ne confesse plus... ça ne sert plus à rien... le démon était venu, car j'avais fait une lettre sur le curé de mon village, en le traitant de « suppôt de Satan » et je l'ai envoyée à l'évêque. L'évêque l'a renvoyée au curé et le curé l'a donnée au maire pour se venger... Le maire l'a donnée aux Francs-Maçons. Les chefs de la franc-maçonnerie sont en contact avec le démon... ils se réunissent dans des souterrains et ils invoquent le diable qui leur apparaît... ils ont mis le démon au courant de cette lettre, car j'avais fait mention de « suppôt de Satan ». Il est alors intervenu et m'est tombé dessus... Si je n'avais pas écrit ces mots, toute ma destinée en serait changée et si je n'avais pas communiqué, je ne serais pas là où j'en suis... mais maintenant, plus rien ne peut changer... ».

Le malade s'exprime avec conviction, montre parfois une certaine exaltation, mais il revient vite ce qu'il est habituellement, calme et souriant.

Il ne manifeste pas l'angoisse ou l'anxiété à laquelle on pourrait s'attendre devant la conviction d'un destin aussi définitif.

Le malade n'a pas de traitement.

Devant un tel délire, plusieurs remarques s'imposent :

1) l'aspect aigu lors de sa première hospitalisation et lors de sa seconde. Le malade présentait alors ces idées délirantes sous un aspect nettement plus hypomaniaque. Il paraissait plus persécuté et, au moins lors de sa première admission, réagissait sur un mode dépressif et anxieux. On aurait alors pu penser à un état mixte cependant assez atypique ;

2) le thème dominant est celui de la damnation dans un contexte mystique et avec des éléments nettement mégalomaniques (le diable s'occupe personnellement de lui, les francs-maçons aussi) ;

3) on remarquera aussi la rapide disparition des hallucinations et du syndrome d'influence (plus rien n'agit maintenant. Tout se résume à son délire de damnation) ;

4) on notera le contraste entre l'idée nettement mélancolique de damnation et l'attitude plutôt exaltée du malade ;

5) enfin, le contraste entre ce mode délirant d'une part, et la bonne adaptation du malade, son activité, son attitude habituellement calme et souriante, le maintien de ses facultés intellectuelles et l'absence de dissociation de la personnalité.

Observation n° XI

M. Be... P. Malade de 55 ans, mineur à Montceau-les-Mines, célibataire, habitait avec ses parents.

Était hospitalisé à Dijon depuis 1949, puis est transféré à Bourg en 1954.

Certificat d'entrée aux fins de transfert, le 7 juillet 1954 : « Délire chronique de persécution et de grandeur à thème mystique avec hallucinations auditives et psychiques, idées délirantes de possession, d'influence et de grandeur. Activité délirante persistante, comportement calme, travaille à l'ergothérapie ».

Certificat de 24 heures, le 10 juillet 1954 : « Délire chronique hallucinatoire avec idées de persécution, de grandeur et d'influence. Calme depuis l'entrée ».

Certificat de quinzaine, le 24 juillet 1954 : « Délire chronique hallucinatoire avec idées de persécution et de grandeur. Comportement paisible. »

Le 14 octobre 1955 : Le délire demeure très actif. Calme, tranquille. Travaille, joue aux cartes et aux boules.

Actuellement, 20 novembre 1964 : Le malade se présente calme et souriant, assez jovial, le visage encadré d'une abondante barbe de patriarche. Il présente un remarquable délire fantastique, à thème essentiellement mystique et prophétique qu'il extériorise calmement avec la plus grande facilité :

« Je suis croyant et cherche la Vérité par la Croix... J'ai commencé le 15 août 1931 à midi juste. L'idée m'est venue de chercher la Vérité. Ce que je cherche, est divin... J'ai pour moi la Vérité, mais j'ai contre moi le Mensonge et le Diable... Il y a deux choses : les Ténèbres et la Lumière. Si je trouve ce que je cherche, je pourrai en faire profiter l'humanité entière. J'ai déjà trouvé la position (il prend la position debout, bras en croix), je cherche maintenant un rythme de mouvement respiratoire qui parvient à concentrer la chaleur du corps en lui-même... c'est pour passer de la chaleur du corps à la chaleur divine. J'agis tous les jours. J'ai agi à 12 h. 30, à l'heure du Soleil qui est l'heure de la Vérité, ce qui fait 1 h. 30 à l'heure du Mensonge. Car l'heure solaire est l'heure vraie et midi est le milieu du jour, au point de vue Vérité... J'espère trouver une gymnastique divine. En 1931, entre le 15 août et le 15 septembre, il y a eu une menace de déluge... le 15 septembre, une colombe est passée au-dessus de moi, en poussant un cri et elle est partie se cacher dans un petit bois... C'est grâce à moi que ce déluge n'a pas eu lieu. J'ai enrayé cette menace en promettant à Dieu de faire sa volonté. En 1932, le 1^{er} mars, les ténèbres du monde me sont apparues... Depuis ce jour, j'ai vu les ténèbres... J'ai alors cherché la Lumière... Le Diable est mon ennemi... Et non seulement mon ennemi, mais l'ennemi de l'univers... ce n'est pas toujours drôle, car si on a la lumière pour soi, on a contre soi les ténèbres... Je cherche, mais j'ai l'espérance et je crois que je trouverai la Vérité avant de mourir... Ce sera une méthode d'éducation physique divine... Je suis déjà arrivé à trouver certaines clés de la Vérité : 1) l'homme Saint-Esprit dans l'homme-Saint-Esprit, c'est Dieu ; 2) l'homme Saint-Esprit dans l'homme, c'est le fils de Dieu, le Christ ; 3) l'homme dans l'homme, c'est l'homme... Aussi, mon rythme respiratoire divin se divise en trois : 1) une fois par le nez et par le nez : c'est Dieu ; 2) une fois par la bouche et par le nez, c'est le Christ ; 3) une fois par la bouche et par la bouche, c'est l'homme... Ces trois rythmes ne font qu'un : toute chose ne fait qu'une... Si j'ai dû laisser pousser ma barbe, c'est par ordre de Dieu. Je ne m'étonne pas d'être interné pour être vrai... C'est comme le Christ qui a été crucifié pour être vrai ou Jeanne d'Arc qui a été brûlée pour être vraie...

L'esprit m'a parlé à cet endroit de la tête (il montre la région pariétale droite)), je me suis demandé ce qui m'arrivait, il m'a dit ce qu'il fallait faire et selon sa volonté et que je me laisse pousser la barbe. Si le monde continue comme maintenant, la fin du monde viendra par le monde. De temps en temps, la nuit pendant des sommeils mystérieux, le Christ me parle, il provoque mes rêves, je l'ai vu en personne sur la croix. (On oriente la conversation sur les parents du malade)... Mon père ne m'aimait pas, mais je me suis toujours douté qu'il ne devait pas être mon père... Ce devait être Dieu... dans la nuit du 17 au 18 juillet 1949, le Christ m'a dit que j'étais son frère. Comme lui, j'ai une mission, celle de trouver la vraie chaleur, d'arriver à la concentrer pour transformer les hommes... Mais il faut beaucoup de recherche et que le temps en soit venu. »

Par ailleurs, le malade a un excellent contact, une attitude calme, un peu expansive lorsqu'il parle de son délire. Pas de troubles du niveau de conscience, (ni confusion, ni somnolence). Pas de troubles psycho-moteurs (ni figé, ni inhibé, ni agité). Au point de vue de la sphère affective, on ne note ni anxiété ni euphorie, ni indifférence. Pas de troubles de la sphère intellectuelle (bonne orientation spatio-temporelle, remarquable mémoire de fixation et d'évocation. Pas de troubles de l'idéation ; l'attention et la concentration sont normales).

Bonne adaptation : il travaille à l'ergothérapie, joue aux cartes, aux boules, lit le journal tous les jours, va se promener en ville.

On remarquera :

1) le début par des expériences délirantes hallucinatoires avec syndrome d'influence, interprétation et intuition délirante.

D'hallucinoir, le délire devient de plus en plus fabulatoire ;

2) le caractère étrange de ce délire à thème mystique et mégalomane de type prophétique ;

3) une certaine apparence de cohérence pourrait faire penser à une structure paranoïaque (structure englobant aussi les délires passionnels), mais de nombreux éléments révèlent un net apport para-logique et irrationnel ;

4) on peut noter, en outre, le contraste entre l'élaboration délirante mystique d'une part, et l'excellente adaptation de ce malade, son bon contact, l'absence de détérioration intellectuelle et de dissociation de la personnalité.

Observation n° XII

M. Br... C. Malade de 40 ans, hospitalisé le 1^{er} octobre 1959. Certificat d'hospitalisation le 30 août 1959 : « Confusion, hallucinations, agitation psycho-motrice, conceptions délirantes ».

A l'entrée le 1^{er} octobre 1959, malade pupille de la Nation - C.E.P. - ajusteur. A fait son service militaire. Résistance de 1943 à 1944, depuis agriculteur. Il présente un symptôme délirant de persécution de type mégalo-maniaque : il s'appelle « de Br... », il vient d'une grande famille, il serait originaire d'Amérique... une enquête pour son héritage aurait coûté trois milliards de francs, il est le patron de la France... il a été nommé roi, il possède 170 kgs d'or et d'argent... il est le plus fort en sexologie... Il a des relations avec les puissances alliées et fait partie de la 25^e police.. « Idées de persécution : « On fait traîner exprès ses affaires de Sécurité Sociale, le syndicalisme en a après lui, des gens viennent chez lui quand il est absent pour voir ses dossiers... ». Néologismes : « Je fais de la chimisterie, le général a de la résonance. »

L'examen neurologique est normal, les réactions sérologiques syphilitiques sont négatives.

Certificat de 24 heures, le 5 octobre 1959 : « Syndrome délirant avec idées de grandeur, pas d'excitation particulière ».

Certificat de quinzaine, le 17 octobre 1959 : « Syndrome délirant avec idées de grandeur explicites et très convaincues. Les examens biologiques sont négatifs ».

Le 3 février 1960 : Idées mégalo-maniaques, persistance des hallucinations, persistance de quelques idées de persécution.

Certificat de situation du 1^{er} octobre 1960 : « Syndrome délirant avec idées de grandeur, hallucinations et interprétation, pas de troubles du comportement.

Le 6 avril 1963 : Le malade n'extériorise plus son délire de façon verbale. Il est très calme, il renie même l'ensemble de ses idées délirantes, par contre, les lettres qu'il écrit à ses parents montrent un délire toujours aussi persistant.

11 février 1964 : Les lettres du malade sont toujours très délirantes. En-tête de ses lettres : « M. Br... C., Officier du 25^e bureau, conseiller technique, conseiller juridique, président démocrate réactionnaire chrétien, émissaire de diplomatie. »

Extrait de lettres : « Ils m'ont interdit de mettre les pieds à l'artisanal de Toulon pour achat de mines et cette issue fatale m'a fait honorablement tomber. Ils m'ont offusqué sur une mission accomplie à l'harmonica sur la haute-tension... ». Post-scriptum d'une autre lettre : « A tous mes GMR légionnaires... que leur patron défend son père et sa mère, qu'il se montre d'une éloquence

sévère et par contre que j'adore les repères. Oui, Monsieur le président John Kennedy, je connais vos fugitifs agresseurs et je défends votre épouse et vos enfants ».

Extrait d'une autre lettre : « Messieurs les groupes mobiles de réserve, c'est votre commandant en chef, spécialiste des vendettas à l'ampleur exceptionnelle, qui revendique sa délibération. A vos rangs, fixe ! En avant, marche ! ».

Autre extrait : « Le travail de justice et plénipotentiaire sur diffamation du Docteur Nodet, dit Nodet chef de SS de la Gestapo allemande au service de M. Spiedel, qui aurait porté ses fruits sur l'hémicycle de mon dossier et que le rapport suivant et que j'avais donné acte de signature sur une lettre, d'autre part, j'étais décapité en morceaux... ».

« La lettre que tu as écrite à sœur Marie, elle ne m'en a même pas parlé, donc ce qui me prouve qu'ils sont contre moi et cependant je n'ai fait de mal à personne. Comme le Docteur Nodet ne me regarde pas non plus, il y a du louche. Je vais prendre mes vacances et vais voir les affaires de mon père qui était un homme dans les fonctionnaires et qui me lègue sa place. Donc ceux qui ne connaissent pas le ministre des Travaux publics et de la Justice sont plutôt pas mélomanes et n'ont qu'à rester chez eux... Oui, je peux le dire que mon père m'a appris à faire un blocage de routes tandis que maintenant, c'est humblement des « je-m'en-foutistes » et des « sans-culottes » ensaucissonnés ».

Le malade commence et termine ses lettres par un signe en forme de croix, ajoute à sa signature une particule et mélange dans ses lettres des propos corrects et censés avec des phrases incompréhensibles et une syntaxe fort défectueuse.

Actuellement, le 20 novembre 1964 : Il n'est pas possible de faire parler le malade de son délire qu'il fait semblant de ne pas connaître, bien qu'il continue d'envoyer des lettres aussi étranges.

Le contact est bon. L'attitude est calme. Le malade ne présente pas de troubles du niveau de conscience, aucun trouble de la sphère psycho-motrice, aucun trouble apparent de la sphère affective. Il n'est ni anxieux, ni déprimé, ni euphorique, ni expansif, ni indifférent. Bien que d'un niveau intellectuel un peu fruste, il ne présente pas de troubles intellectuels apparents : bonne orientation spatio-temporelle, excellente mémoire de fixation et d'évocation (il connaît très bien la date de son internement, la date actuelle, la posologie exacte de son traitement, etc...). L'attention paraît normale. On ne note aucun trouble de l'idéation.

La conversation est normale, le malade s'occupe dans le service, fait le ménage, lit son journal, s'intéresse à la télévision.

En somme, conversation polie, correcte, courtoise, sans le moindre élément délirant contrastant d'une manière extraordinaire avec les lettres qu'il continue à envoyer. On arrive à se demander quel personnage joue l'autre.

Traitement actuel : Largactil : 150 mg ; Théralène : 10 mg.

On note :

1) l'aspect mégalo-maniaque coexistant avec des idées de persécution que présentait le malade à son entrée et qu'il exprime facilement, avec le caractère masqué du délire qu'il continue indubitablement à présenter sous une forme purement épistolaire ;

2) contraste actuel entre l'incohérence la plus complète qu'expriment ses lettres dont la majeure partie est d'ailleurs illisible, et le caractère parfaitement normal du contact que l'on a avec ce malade et en particulier la bonne conservation des facultés intellectuelles et l'absence de dissociation ;

3) la juxtaposition ici poussée à l'extrême entre un monde délirant qu'il masque, mais qui s'exprime dans ses lettres et du monde réel auquel il est bien adapté.

Cette observation pose un problème extrêmement difficile de diagnostic entre une structure paraphrénique et une structure schizophrénique.

Observation n° XIII

M. Ch.... J. Malade de 62 ans, célibataire, hospitalisé pour la première fois à l'âge de 43 ans en 1945. Il était alors caporal au N^{me} régiment de tirailleurs marocains.

Certificat d'admission, le 27 août 1945 : « Syndrôme délirant mégalomane, développé sur un fond de déséquilibre constitutionnel. Il est ici pour « tenir son conseil de guerre » et se dit prince de Loisy. »

Certificat de 24 heures, le 28 août 1945 : « Délire chronique de type paraphrénique ; idées incohérentes de grandeur, confusion sur les dates relatives à son délire. Par ailleurs, calme, lucide, bien adapté ».

Certificat de quinzaine le 12 septembre 1945 : « Délire paraphrénique. Calme, docile. »

Le 16 septembre 1945 : Examens biologiques normaux. B. W. négatif. Liquide céphalo-rachidien normal.

Les bulletins médicaux échelonnés sur l'observation de 1946 à 1960 notent régulièrement « Même état. Pas de changement. Toujours délirant. Calme, s'occupe régulièrement. »

Le 20 novembre 1964 : Le malade se présente dans une attitude calme, correctement habillé. Pas de troubles du niveau de conscience (le malade est lucide, ni somnolent, ni confus). Pas de

troubles psycho-moteurs. Pas de troubles de l'affectivité normale. Cependant une légère expansivité à certains moments de l'extériorisation délirante.

Au point de vue intellectuel : Niveau moyen. Orientation spatio-temporelle correcte. Pas de troubles de l'idéation. Mémoire de fixation et d'évocation correcte, si ce n'est à propos de son interminable aventure délirante.

Il s'occupe régulièrement dans le service, est abonné au journal qu'il lit tous les jours, s'intéresse à la télévision ; n'a pas de nouvelles de ses parents depuis son internement.

Le malade présente un grand délire mégalomaniacque typique sans hallucinations, ni interprétations, caractérisé par une inépuisable fabulation portant sur son passé : « C'est mon beau-frère, le Général de Bonnet, ministre de la guerre qui m'a envoyé ici. Pour trois mois, que l'on m'a dit... On m'a dit que quelqu'un viendrait me chercher, personne n'est jamais venu... le nom que je porte est celui de mes parents adoptifs. Ils sont morts en 1944. Mes vrais parents m'ignorent. Mon père est le duc de Loisy, médecin-colonel. J'ai été nommé vice-amiral le 15 janvier 1928... et commandant de la flotte de Toulon. En décembre, j'ai été envoyé aux Amériques. J'ai fait la guerre contre les Mexicains, puis contre les Indiens, les Incas, les Océaniens... J'étais avec les Américains sous les ordres du Maréchal Pershing en 1927... J'ai été général de France... Le Mexique a été nettoyé rapidement... Mon brevet de maréchal de France ? Je l'ai reçu du Président de la République, ça devait être Lebrun, je ne me rappelle plus... La campagne a été courte, quelques mois. En décembre, j'étais de nouveau en France, puis je suis parti en Amérique du Sud. J'avais été détaché à la grande Police. C'était pour arrêter de grands criminels : les troglodytes du Mont Everest. J'étais aidé par de grands policiers... comme Nick Carter... A ce moment, je n'étais que général... Ils étaient réfugiés dans la jungle, en plein « bled ». Nous avons monté de nombreuses expéditions avec des chiens policiers et aussi avec des ballons. Ils étaient dans des cavernes ; ils avaient la finance avec eux et des vivres et des armes. Seuls les chiens policiers pouvaient les trouver... 126 arrestations opérées personnellement. Il y avait le fameux Jacques Turney : 87 assassinats... J'avais la prime à l'arrestation, ça variait de 100.000 à 1 million et davantage... J'avais gagné une fortune, de l'or, des diamants rouges... J'ai tout vendu... Mais on avait encore besoin de moi... J'ai été en Océanie faire la guerre contre les Océaniens. C'était pour débarasser les îles. Tout ce qui était vivant, devait tomber... C'était du sauvage, et il était impossible de les civiliser... Puis j'ai fait la guerre du Rif au Maroc, la campagne contre les Anglais avec ma flotte, ils ont été vaincus et ont demandé la paix... Puis la Syrie, à Damas que j'ai dégagée et qui était encerclé par les Druses. C'est là que j'ai été décoré de la médaille de la bra-

voure... J'ai fait l'Annam, le Tonkin, l'Indochine où j'ai gagné le Dragon d'Annam, c'est la plus belle distinction. J'ai 54 décorations, dont 5 légions d'honneur, 4 médailles de bravoure, la médaille militaire, la cravate de commandeur de la Légion d'Honneur. Je ne compte plus les croix de guerre, ni les médailles coloniales, toutes les colonies y sont passées. J'ai chassé le fauve, la panthère, le tigre, j'ai chassé toutes les bêtes... mais c'est chez moi, je n'ai pas tout dans la tête... Aux Indes et à Singapour, j'ai travaillé avec des policiers internationaux, j'ai été garde du corps de plusieurs généraux, ambassadeurs... Je suis tireur d'élite, au pistolet, à la carabine, à la mitrailleuse... Je suis aussi passé en conseil de guerre, mais l'armistice est venu et j'ai été amnistié... Mon vrai nom est de Loisy et suis de la première noblesse française. Mon père était le premier du royaume. Oui, je peux citer tous mes titres : je suis prince de Loisy, vice-amiral, maréchal de France et médecin-Chef... ».

Le traitement actuel est de 100 mg. de Chlorpromazine (Largactil) et de 10 gouttes de Néosynéphrine à 5 %.

On remarquera :

1) l'aspect purement fabulatoire du délire avec absence de tout phénomène hallucinatoire ;

2) l'aspect mégalomaniacal luxuriant, fabuleux d'une suite d'innombrables aventures vécues généralement en pays coloniaux et se rapportant toutes soit à des opérations militaires, soit à des opérations policières.

On notera aussi l'incohérence de la fiction où le malade est, tour à tour et simultanément, maréchal de France ou garde du corps, vice-amiral et policier... ;

3) enfin, comme dans l'ensemble des observations précédentes, on peut noter le contraste entre la bonne adaptation du malade, son bon contact, la bonne conservation de ses facultés intellectuelles, l'absence de dissociation de la personnalité, d'une part et d'autre part, la présence d'un monde délirant qui s'exprime sous une forme typiquement fabulatoire.

Observation n° XIV

Fa... Ben Mohamed. Malade de 44 ans, de race noire, musulman, célibataire, originaire de l'Oranie.

A l'entrée : le 11 octobre 1960 : Malade calme, renfermé, refuse de se lever ; à toutes les questions répond par des phrases sybillines « je n'ai pas peur de mourir. C'est seulement moi et Allah que ça regarde... ».

Une tentative de narco-diagnostic au Nesdonal intra-veineux n'a rien donné, sinon une épisode oniroïde avec agitation et délire onirique.

Certificat de 24 heures, le 14 octobre 1960 : « Syndrome atypique chez un négroïde d'Afrique du Nord. Parle mal le français ».

15 octobre 1960 : Examen biologique et sérologie syphilitique négatif.

A son entrée, travaillait au Creusot, habitait en France depuis 6 ou 7 ans.

Certificat de quinzaine, le 2 novembre 1960 : « Syndrome délirant atypique, légère excitation confuse au cours d'une injection de Nesdonal. »

12 novembre 1960 : Moins réticent sous Largactil et extériorise des idées de persécution.

7 mars 1961 : Etat assez peu définissable. S'est très bien adapté au service. Travaille très régulièrement. Est calme. Quelques épisodes confusionnels dans lesquels il parle arabe. Tout paraît se tasser en apparence et le malade sort le 31 juillet 1962.

2^e hospitalisation, le 6 avril 1963 :

Certificat d'hospitalisation : « Psychose hallucinatoire ».

A l'entrée : Interrogatoire impossible, parle un mélange de français et d'arabe. Très réticent, semble persécuté. Donne l'impression d'hallucinations auditives.

Certificat de quinzaine, le 20 avril 1964 : « Syndrome atypique confusionnel avec délire de persécution ».

4 novembre 1963 : Le syndrome atypique confusionnel a progressivement et entièrement disparu. Apparition d'un état délirant à thème mystique : Veut aller à la Mecque et revenir dans son pays, où il sera un Dieu. Dès maintenant, est l'égal d'Allah... il est le chef des hommes, c'est lui qui commande.

Actuellement, le 24 novembre 1964 : Malade souriant, type négroïde accentué. Attitude calme. Grosses difficultés de langage, il parle mal le français qu'il entremêle d'expressions arabes. Parle calmement avec simplement accélération du débit, lorsqu'il s'agit de son délire. D'emblée, le contact est bon. Analphabète, mais regarde la télévision et écoute les informations.

Dès l'abord du délire, accélération du débit, où l'arabe se mêle au français, donnant un aspect très décousu et presque caricatural à l'entretien, où l'on a noté évidemment que les phrases prononcées en français.

Explique correctement ce qu'il fait dans le service, ce qu'était son travail antérieur...

Le délire abordé, la phrase devient hachée et le sens parfois difficile à saisir :

« Moi, champion du monde... Tout le monde le cacher... Mohamed V le cacher, De Gaulle le cacher, le commissaire le

cache... la police écrire moi malade mais moi raison cachée... Moi, je suis le 2° Mohamed. Le premier, c'est le prophète... Moi commander avec le Bon Dieu, avec Allah... le Coran, c'est le livre d'Allah... c'est le 1^{er} Mohamed... le Bon Dieu écrire le Coran... descendre le Coran sur terre... Bon Dieu écrire : tout le monde finira arabe... tous finir arabe... le monde entier... Bon Dieu a parlé arabe... Tout le monde finira par parler arabe et écrire arabe... Si pas parler arabe, pas entrer au paradis, Monsieur... Faut écouter, Mohamed et moi, 2° Mohamed... ne sais pas lire arabe mais faire lire le Coran par camarades et moi écouter... Tous les jours, Bon Dieu écrire sur tout le monde... Si t'as fait le mal, toi m'excuser, mais toi aller en enfer... les Djinns, il y en a des gentils, des méchants... Au Creusot, le Bon Dieu parler une fois pour moi dans mon oreille... mais moi pas le voir... Les Roumis, il ne les aime pas... Les Juifs, plus mauvais encore... pour Bon Dieu, c'est deux fois de la saleté... La France s'est refusée deux fois... Mohamed le prophète et le 2° Mohamed moi... Allah pas aimer la France... Démon, Juifs, Roumis, Français, Belges, Américains, tous mauvais... moi, grand chef, grand chef arabe, moi commander à tout le monde mort ou pas mort... Grand chef du monde... que moi avec le Bon Dieu pour commander... A ta mort, Monsieur, toi demandera à moi pour entrer au Paradis... Bon Dieu me parler à cause des Roumis et des mauvais Arabes... Mais après tout le monde vivre et parler arabe. »

On ne note aucun trouble du niveau de conscience ni de la sphère psycho-motrice. Pas de troubles de la sphère intellectuelle. L'orientation spatio-temporelle est bonne. La mémoire paraît normale. Pas de troubles de l'idéation.

Traitement :

Chlompromazine (Largactil) : 300 mmg.

Heptaminol (Heptamyl) : 2 comprimés à 150 mmg.

On notera :

1) le délire de type mystique qui est apparu progressivement et comme par décantation, une fois régressés les troubles confusonoïriques qui ont motivé ses deux hospitalisations ;

2) le caractère mystique mégalomane (il est le 2° prophète, il commande avec Dieu à tout le monde), cosmique (le monde entier finira arabe) avec persistance d'éléments de persécution ;

3) l'aspect relativement peu cohérent de son délire, aspect certainement intensifié par des difficultés linguistiques ;

4) le contraste entre le bon contact, l'attitude souriante, l'absence de troubles intellectuels vrais et de dissociation de la personnalité d'une part, et, d'autre part, ce monde délirant mystico-prophétique, dont le manque de richesse apparente paraît lié au manque de moyens d'expression en langue française.

B) RÉSULTATS

Un certain nombre de remarques, relatives à chaque observations sont notées en fin de chacune d'elle. Cependant, quelques notions générales semblent se dégager de l'examen d'ensemble de ces observations.

1°) D'abord, l'existence d'un groupe de délires chroniques irréductibles, d'une part, à la systématisation de la paranoïa, et d'autre part, à la dislocation paranoïde.

2°) Bien que cette étude ne présente aucune valeur statistique et que nous ne ferons pas intervenir les chiffres, il ne paraît pas téméraire d'affirmer que la structure paraphrénique est relativement moins fréquente que les autres structures délirantes.

3°) Une troisième constatation s'impose : c'est la présence très fréquente dans les antécédents de ces malades et généralement lors de leur hospitalisation, d'une épisode de durée variable (quelques jours à quelques mois) soit de délire de persécution systématisé mais hallucinatoire (observations I, II et X), soit d'épisodes de type maniaque (observation III), soit d'épisodes de type confuso-onirique (observation V et IX). Ces épisodes paraissent bien correspondre au « processus fondamental » qui ouvre la voie du délire paraphrénique, puis s'éteint laissant proliférer ce dernier.

4°) On remarquera le caractère de ces délires de type « paranoïde » : flous, mal systématisés, mal organisés, apparemment incohérents (et s'opposant en cela aux délires paranoïaques).

5°) L'importance des facteurs hallucinatoires et imaginatifs est notoire. La présence d'hallucinations tant psychiques que psycho-sensorielles est notée dans la majorité

des observations (sauf les observations X et XIII. purement fabulatoire). Il est aussi à remarquer une certaine évolution, dans beaucoup de ces délires, caractérisée par une régression de l'activité hallucinatoire au profit de l'activité fabulatoire.

6°) Enfin le caractère le plus frappant de ces structures délirantes est l'aspect fantastique de ces délires : fantastique luxuriant et cosmique (observations I, II et IX), fantastique sanguinaire et persécuteur (obs. IV et VIII), fantastique érotico-mystique et viscéral avec délire de négation d'organe (obs. V), fantastique mégalomaniacque (toutes les observations et en particulier obs. VI, IX, XIII), fantastique mystique avec délire de damnation (obs. X) ou délire prophétique (XI et XIV). Les thèmes sont innombrables, incalculables, foisonnants, invraisemblablement combinés entre eux.

7°) Mais ce qui frappe le plus, c'est ici la juxtaposition de ces délires fantastiques avec une bonne adaptation au monde du réel et l'excellent contact que nous avons trouvé chez ces malades. Nous avons relevé à propos de chaque observation cette étrange coexistence, apparemment non conflictuelle, des deux mondes : celui du fantastique et celui de l'objectivité. Et ce qui étonne, c'est l'extraordinaire aisance avec laquelle le paraphrène passe de l'un à l'autre.

8°) Enfin, nous avons pu constater chaque fois la conservation, parfois excellente, presque toujours bonne, rarement affaiblie (et encore légèrement) de l'utilisation des fonctions intellectuelles ainsi que l'absence quasi-générale de toute désagrégation de la personnalité (quelquefois, cependant, discrète et tardive).

9°) En dernier lieu, un caractère singulier apparaît : c'est la disproportion entre les apothéoses ou les catastrophes qui élèvent ou anéantissent le sujet dans son délire et l'absence ou la grande discrétion des réactions émotives et affectives du malade que tout cela ne paraît guère émouvoir.

10°) Nous n'avons pas remarqué de grandes différences entre les structures paraphréniques chez l'homme d'une part et chez la femme de l'autre.

11°) Les âges des malades s'échelonnent de 40 à 72 ans et les âges de première hospitalisation de 30 à 54 ans.

En somme, quatre faits nous ont particulièrement frappé lors de nos entretiens avec ces malades :

- a) L'énormité du délire contrastant avec une intégrité relativement satisfaisante des fonctions intellectuelles ;
- b) L'excellence du contact qui tranche sur l'agressivité à fleur de peau du paranoïaque et sur le manque de « présence » du schizophrène ;
- c) La distance que le paraphrène paraît garder fréquemment, vis-à-vis de son délire ;
- d) La coexistence des mondes délirants et objectifs et la facilité du passage immédiat d'un plan à l'autre.

CHAPITRE V

ESQUISSE D'UNE ANALYSE STRUCTURALE DE LA PARAPHRENIE SELON EY

« Ce qu'il faut, c'est un choix qui discerne dans le fouilli des apparences les traits permanents et dominateurs, puis s'efforce d'y rattacher les autres selon leur ordre véritable. Que l'on tourne et retourne le problème, il n'est pas d'autre méthode pour débrouiller l'écheveau. »

J. GUITTON.

(Nouvel Art de Penser).

Ce chapitre condense, presque sous forme de plan, la longue analyse structurale de la paraphrénie faite par H. EY dans sa conférence inédite sur « Le Groupe des Paraphrénies », et reprise partiellement en 1955 par H. EY et R. PUJOL dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (1). Ce plan est, en outre, légèrement modifié.

Une analyse structurale dynamique implique le groupement des symptômes en deux catégories : ceux qui paraissent traduire directement le phénomène de *DISSOLUTION du psychisme* (Symptômes *NEGATIFS*) et ceux qui paraissent résulter de l'*EMERGENCE des « couches profondes de la personnalité libérée par cette dissolution »* (Symptômes *POSITIFS*).

La structure paraphrénique paraît caractérisée par *l'extrême discrétion des symptômes négatifs* (déficitaires)

(1) E. M. C. - Psychiatrie, Tome I, 37.299, C 10 (1955). EY et PUJOL : Les deux grands types de personnalités délirantes.

et l'extraordinaire floraison de la symptomatologie positive (élaboration délirante).

Cet état actuel de la structure paraphrénique trouverait peut-être, selon EY, son origine dans la nature de la paraphrénie dont la genèse fournirait la clef : « Nous pouvons nous demander si une des originalités des paraphrénies n'est pas de se présenter comme une production qui, ayant pris naissance dans un bouleversement quelconque de la vie psychique SURVIT⁽²⁾ à ses conditions premières d'existence. Tout ne se passerait-il pas comme si, ayant acquis une forme propre, celle de la pensée délirante fantastique, vécue et élaborée dans les phases initiales d'une psychose caractérisée, le travail du délire se prolongeait, s'éloignait, et s'approfondissait comme mû par sa « vis a tergo » » (EY⁽³⁾).

A. — STRUCTURE NÉGATIVE OU « LES CONDITIONS DU FANTASTIQUE ».

En première approximation, le délire apparaît comme l'unique et luxuriant symptôme, mais les conditions même de son existence supposent une certaine destructuration de l'être, au moins résiduelle. Et effectivement, si nous examinons plus attentivement la personnalité paraphrénique, un certain nombre de symptômes négatifs⁽⁴⁾ se révèlent, masqués par le travail créateur du délire. Ils sont de deux ordres :

- a) *Les séquelles du processus fondamental ;*
- b) *L'organisation formelle de la conscience.*

(2) C'est nous qui soulignons.

(3) EY : Le groupe des Paraphrénies (Conférence inédite).

(4) Par « symptômes négatifs », l'analyse structurale entend symptômes directement liés au phénomène de dissolution psychique et non « symptômes absents », comme cela s'entend souvent en pathologie.

1°) SEQUELLES DU PROCESSUS FONDAMENTAL

1°) L'aspect que présentent les diverses paraphrénies semblerait permettre de les considérer comme « **le prolongement, la survivance, d'un processus psychotique arrêté, mais qui a laissé son empreinte au délire subsistant** ». En effet, leur début paraît bien baigner dans l'ambiance d'un état psychotique caractérisé et nombre d'auteurs semblent avoir rattaché beaucoup de paraphrénies soit à la schizophrénie, soit à la paranoïa, soit aux syndromes maniaques ou mélancoliques. « *Il s'agit pour tant de processus éteints, discrets ou vaguement rémittents qui, après avoir communiqué au délire son mouvement, ont, pour ainsi dire, disparu eux-mêmes du tableau clinique... Mais la psychose fantastique, pour si détachée qu'elle soit de son moule primitif, en garde encore la forme.* » (EY) C'est ce qui justifiera, au chapitre suivant, la distinction des quatre formes cliniques : métaschizophréniques, métaparanoïaques, métamaniaques et métamélancoliques.

2°) Des « **expériences délirantes primaires** » paraissent donc servir de point de départ à la fiction délirante et fabulante, « contemporaines et solidaires du processus fondamental ». Ces expériences peuvent émailler l'évolution du délire, l'enrichissant ou l'orientant vers de nouvelles voies. « *Véritables foyers du fantastique, elles mettaient en train ou alimentent la fiction paraphrénique.* » (EY)

3°) Les différents auteurs ont insisté tant sur le *caractère hallucinatoire* que sur le *caractère imaginatif* de la paraphrénie. En fait, il semble bien que l'activité hallucinatoire très riche au début (hallucinations psycho-sensorielles, cénesthésiques, psychiques, avec syndrome d'influence) fait place, peu à peu, à une activité fabulatoire et imaginative de plus en plus riche : « Un caractère qui paraît fondamental et représentatif de l'activité propre du délire paraphrénique, s'éloignant de l'expérience vécue, brute, et toujours plus entraîné vers le concept, l'idée-

tion... est la **dégradation de l'expérience hallucinatoire** : *la forme hallucinatoire est submergée par son contenu. Ce contenu éclate hors du noyau hallucinatoire primitif, il devient fabulation pure.* » (EY)

2°) ORGANISATION FORMELLE DE LA CONSCIENCE

Le second groupe de faits négatifs consiste dans l'altération que subit le « fond mental » ou mieux la conscience ou la pensée paraphrénique, altération qui est une condition d'existence de la construction délirante. La structure de cette conscience est différente à la fois et de la destruction oniroïde des psychoses délirantes aiguës, et de la « systématisation polarisée » de la conscience paranoïaque, et de la désagrégation schizophrénique. Son originalité réside en 3 caractères essentiels : la *bipolarité*, le *caractère imageant* de la conscience, la *passivité* devant la *production délirante*.

1°) **Bipolarité** : Ce caractère bipolaire de la conscience (ou « bipolarisation » ou « diplopie délirante (EY) » n'a aucun rapport avec la « dissociation » schizophrénique ou encore avec son « ambivalence ». Il est caractéristique de la structure paraphrénique. Il signifie que, chez le paraphrène, le *monde du réel* et le *monde délirant coexistent*.

Le « vécu » se déroule sur deux gammes : celle de la REALITE et celle du DELIRE.

« *Le délire est JUXTAPOSÉ à la réalité, il est posé sur la réalité et pour ainsi dire en dehors d'elle.* » (EY).

Le paraphrène passe avec une aisance souvent déconcertante du plan du réel auquel il reste relativement bien adapté au plan délirant qui, dans son fort intérieur, est le plus important. La subordination fondamentale qui relie le REEL à l'IMAGINAIRE en psychologie normale (le dernier étant subordonné au premier) est abolie et même, ici, l'imaginaire subordonne toujours le réel.

2°) **Caractère « imageant » de la conscience** : la fascination de la conscience par le subjectif, la rêverie, l'image, le rêve réalise la « *conscience imageante* » (SARTRE) « Mais ici la conscience n'est pas captive de l'irréel et du fantastique ou des images, comme dans le rêve ou les états oniriques ou oniroïdes. Ici la conscience, avec clarté, reflète le fantastique et s'attache à ce reflet, le grandit, l'approfondit, l'enrichit de toute la masse des opérations dialectiques dont elle est capable... Aussi l'aspect *IMAGINATIF* de ces délires est-il au premier plan. » (EY)

3°) **Passivité à l'égard de la production délirante** : la fiction délirante qui sourd de l'inconscient, jaillit à la conscience du sujet. Celui-ci ne peut, ni ne veut s'y opposer. Le besoin de fabuler apparaît incoercible. « Cette incoercibilité ne peut se « représenter » qu'en termes négatifs d'impuissance et de faiblesse. » (R. PUJOL et H. EY) « *La fiction surgit en s'opposant à la conscience du réel, en SE POSANT HORS DU MOI.* » (EY) D'où l'aspect de ces délires, VÉCUS D'ABORD (forme fondamentalement hallucinatoire) et PENSÉS ENSUITE (forme fondamentalement imaginatoire) comme spectacle, roman, films, de sa propre existence située hors du réel et dans une ambiance étrange et fantastique.

B. — STRUCTURE POSITIVE OU « LA PRODUCTION DU FANTASTIQUE »

L'unique mais gigantesque symptôme positif est le délire. C'est un délire FANTASTIQUE, extravagant. Sa forme est celle d'une fiction complexe, touffue, luxuriante ; les thèmes sont multiples, innombrables, infinis ; leur seul caractère commun est l'aspect MEGALOMANIAQUE.

Quatre caractères essentiels seront passés en revue :

- 1°) *L'organisation para-logique du délire.*
- 2°) *Le caractère fantastique du délire.*
- 3°) *Le métabolisme idéologique de la personnalité.*
- 4°) *La superposition de deux mondes.*

Contrairement au « *monde autistique du schizophrène* », le « *monde fantastique du paraphrène* » possède un caractère pathognomonique inverse : « c'est un fantastique non pas vécu et enchaîné à la forme même d'une expérience subjective et fermée, mais un fantastique exprimé ou mieux « clamé » *propulsé dans le monde verbal des relations avec autrui*. » (PUJOL et EY)

1^{re}) ORGANISATION PARALOGIQUE DU DELIRE

Juxtaposition d'un monde délirant au monde du réel, cela signifie sur un plan idéique la juxtaposition de deux modes de pensées : une PENSÉE PARALOGIQUE qui est celle du délire, (puisque la pensée délirante paraphrénique est une catégorie de la pensée paranoïde) et une PENSÉE LOGIQUE NORMALE. Cette pensée paralogique se caractérise par son *impénétrabilité*. Elle apparaît cahotique et incohérente. Mais il ne s'agit que d'une « *incohérence* » relative à *notre pensée*, pensée habituellement normale c'est-à-dire obéissant à une logique rationnelle. La rupture ici n'est pas complète et il subsiste bien dans cette pensée délirante quelques liens rationnels. Mais globalement, *il s'agit d'une pensée obéissant à une logique fondamentalement irrationnelle* « qui fait éclater toutes les catégories de notre logique ». Fantastique, luxuriante, lyrique, l'élaboration délirante se constitue sans référence aux catégories logiques d'où son caractère étranger, extravagant, incommunicable sur le plan de la « compréhension ».

Cette pensée paraît proche de la PENSÉE PRIMITIVE : comme elle, elle se présente primordialement *impermeable à l'expérience*. Ce qui la caractérise, c'est l'obéissance « *au principe de l'identification des valeurs de réalité et des valeurs magiques, mystiques, ou affectives* » (EY).

« Les actions à distance, les actions de contact, la concrétisation et la personnalisation des idées et des sentiments, la valeur de la puissance personnelle, la projection du désir dans la réalité sont les principales « clefs » d'une telle pensée. C'est dire qu'elle est essentiellement SUBJECTIVE, AFFECTIVE, SYNCRETIQUE, MAGIQUE et SYMBOLIQUE. » (EY)

2°) CARACTERE FANTASTIQUE DU DELIRE

Ce caractère a pour base la forme paraloguée de la pensée paraphrénique et surtout la coexistence de cette forme de pensée et de l'intégrité presque totale de la sphère intellectuelle, d'où la richesse imaginative de ces délires.

1°) **Prolixité et richesse de l'élaboration délirante :** « Le délire est presque toujours constitué par des récits prolixes, parfois vertigineux de vitesse et de richesse. Il y a une accumulation incroyable de détails, de scènes, de faux-souvenirs, d'images, dans ce flux délirant qui se déploie en visions féériques des êtres, de la nature, de l'univers. Celles-ci sont le plus souvent riches, prolixes, grandioses. Les malades font des récits lyriques d'événements étranges, d'aventures extravagantes. Leur aspect est multiple, varié, infini. Tout se passe comme si ces malades donnaient libre cours à leur capacité de créer. » (EY)

2°) **Multiplicité infinie des thèmes :** Les thèmes sont innombrables cependant la prédominance est nette pour les thèmes COSMIQUES, TELLURIQUES, ORGANIQUES (sexuels), METAPHYSIQUES, MYSTIQUES et SCIENTIFIQUES. « Certains canevas paraissent privilégiés : théories cosmogoniques, mythes de la création, conceptions astronomiques, astrologiques, divagations et constructions scientifiques, méthaphysiques, mystiques, élaboration stupéfiante de doctrines abstraites où se mêlent les concepts les plus extravagants... Un autre centre d'attraction est représenté par l'imagination sexuelle et plus généralement viscérale : mythes archaïques de la genèse, fabuleuse fécondité, symbolisation de la nature par la femme, transformation de sexe, accouplements étranges et cosmiques, mystère de l'ovulation et de la fécondation, culte mystique du phallus... Ainsi se forme une masse délirante soit en progrès continu, soit fixée. » (EY)

3°) Oscillation entre deux formes du fantastique : le cocasse et le mythe :

- a) tantôt aspect baroque, grotesque, abracadabrant, avec néologisme et asyntaxisme...
- b) tantôt fantasmagories qui dévoilent ou dépassent « ce fond mythique que nous portons tous en nous. Le travail paraphrénique creuse, en effet, jusqu'à délivrer les formes les plus féériques, les plus fabuleuses, les plus vertigineuses du noyau lyrique de l'humanité » (EY)

4°) Aspect mégalomane quasi-constant de ce fantastique : « C'est sans fin et sans frein que coule de source le délire de grandeur. Il submerge la totalité du monde et... superpose sa grandeur à celle du monde réel. Cette expansion égotiste allant jusqu'à atteindre et dépasser les limites et les lois de l'univers, s'exprime dans les thèmes d'infinité, de toute puissance, de magie. » (EY) ⁽⁵⁾

**3°) METABOLISME IDEOLOGIQUE
DE LA PERSONNALITE**

1°) D'une part il y a conservation d'une « image de soi » correcte (ni exaltée et faussée comme celle du paranoïaque, ni repliée dans une régression autistique comme celle du schizophrène).

2°) D'autre part, cette « image de soi » s'éclipse dans le monde du délire (« le malade pense à la troisième personne, s'identifie aux autres, à des objets, se projette par ubiquité dans l'espace et le temps »).

4°) SUPERPOSITION DE DEUX MONDES

1°) L'un des caractères essentiels de la structure paraphrénique est la juxtaposition de deux mondes : celui du délire et celui du réel. « *Le paranoïaque transforme le monde, le schizophrène lui substitue son autisme, le para-*

(5) EY : Etude n° 19 - Mégalomanie.

phrène maintient, sans contact direct, deux plans de pensée qui restent jusqu'au bout hétérogènes. » (EY)

2°) Mais affectivement, en profondeur, le monde féérique est plus « authentique » que l'autre : « Dans sa double orientation et malgré ses expériences cosmiques, il est capable jusqu'à un certain degré de se comporter correctement dans la réalité. Mais pour le malade, la psychose est la réalité véritable, le monde réel n'est plus pour lui qu'une apparence dans laquelle il sait bien s'orienter. » (JASPERS)

3°) D'où leur attitude généralement douce, conciliante et relativement bien adaptée : « *Tant que leurs actes demeurent gestuels, symboliques et sans efficience, ils les font mais ils ne tentent guère de faire descendre dans la vulgarité du réel ce qui n'a de valeur que significative, idéale et secrète. Aussi est-ce une vérité clinique presque absolue (mais ce « presque » suffit à justifier leur hospitalisation) que ce sont ces délirants qui font le moins de réactions anti-sociales, comme si l'excès du délire leur interdisait d'en compromettre le caractère sacré dans l'action. » (EY)*

4°) Enfin, contrairement au schizophrène « englouti dans l'autisme », le paraphrène a la possibilité d'un certain détachement vis-à-vis de sa fiction délirante. Il peut prendre un certain recul, y entrer ou s'en retirer (« mise en parenthèse du délire » (EY)).

C. — SIGNES ABSENTS

1°) ABSENCE (OU DISCRETION) DES « TROUBLES PRIMAIRES »

Les « *troubles primaires* » sont les troubles provenant directement du « processus fondamental ». Les paraphrénies apparaissent comme des « psychoses méta-processuelles » c'est-à-dire des « *délires qui survivent à ce processus* ». Les troubles contemporains du processus et

engendrés par lui ont donc théoriquement disparu. En fait, il en reste généralement des traces et ce sont ces traces qui permettront la difficile distinction entre les différentes formes cliniques des paraphrénies.

2°) *ABSENCE (OU DISCRETION)*
D'AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL

« S'il est exact que la schizophrénie n'est pas la démence, il n'en reste pas moins qu'elle aboutit à un état d'incohérence, de pulvérisation de l'activité psychique tout à fait caractéristique. Or ce qui frappe dans les délires qui nous occupent, c'est, dans les cas typiques, la parfaite intégrité du fond mental de ces délirants dont les conceptions paralogiques invraisemblables contrastent avec la conservation des capacités intellectuelles. » (EY) Ceci pour les cas les plus typiques, car pour un certain nombre de cas, une légère altération s'opère à la longue sans que l'on connaisse bien le rôle qu'y peuvent jouer le génie propre à cette structure, l'influence de l'âge, d'une longue hospitalisation (« asilification ») ou d'un traitement indéfini.

CHAPITRE VI

FORMES CLINIQUES, EVOLUTION ET DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

« La psychose fantastique, pour si détachée qu'elle soit de son moule primitif, en garde encore la forme ».

H. EY.

A. — FORMES CLINIQUES DES PARAPHRÉNIES

L'analyse structurale a considéré la paraphrénie comme une « *psychose méta-processuelle* », c'est-à-dire survivant au processus initial. Il paraît logique d'essayer de décrire les formes cliniques d'après les « *traces* » que peut laisser derrière lui ce « *processus* ».

« Le trouble générateur a libéré, au niveau de dissolution envisagé, une certaine organisation psychique, tressée sur un ensemble de croyances délirantes. Ce processus éteint, l'organisation délirante *cicatricielle* lui survit et s'enrichit d'une sorte d'auto-didactisme très actif. Ces prolifiques constructions intellectuelles ne font qu'exprimer et développer des expériences affectives antérieures, largement dépassées. Si *détachés* que soient ces délires des troubles directement engendrés par le processus, ce serait cependant forcer les choses que d'affirmer ces troubles complètement absents. C'est justement la coloration qui en reste, qui semble permettre, dans l'hypothèse que nous présentons, d'y rattacher les structures paraphréniques. » (NODET) ⁽¹⁾

(1) NODET : Les Psychoses Hallucinatoires Chroniques, p. 151.

CH.-H. NODET distingue trois formes cliniques ⁽²⁾ :

- 1°) *la paraphrénie schizophrénique* ;
- 2°) *la paraphrénie expansive ou maniaque* ;
- 3°) *la paraphrénie mélancolique*.

H. EY en distingue quatre ⁽³⁾ :

- 1°) *les paraphrénies méta-schizophréniques* ;
- 2°) *les paraphrénies méta-maniaques* ;
- 3°) *les paraphrénies méta-mélancoliques* ;
- 4°) *les paraphrénies méta-paranoïaques*.

1° Les Paraphrénies méta-schizophréniques de EY ou Paraphrénies schizophréniques de NODET.

Elles correspondent aux « *Paraphrénies fantastiques* » de KRAEPELIN.

Elles sont caractérisées par certains traits :

- a) Bizarreries de langage, stéréotypies, néologismes, un certain maniérisme.
- b) Mais absence de troubles du cours profond de la pensée et de l'adaptation au réel.
- c) Les troubles du comportement (ambivalence, négativisme...) sont à peine perceptibles.
- d) La confusion du réel et de l'imaginaire n'est jamais aussi nette que dans la schizophrénie.
- e) L'évolution ne se fait pas vers l'incohérence verbale schizophrénique et la dissociation, mais, au contraire, l'intégrité mentale reste à peu près entière.

E. EY en considère plusieurs variétés, dont cinq seraient plus fréquentes :

- 1°) *Les paraphrénies fantastiques à thèmes d'influence ou d'agression personnelle* (action des ondes, d'influences malfaisantes, blessantes, pénétrantes, viols compli-

(2) NODET : Loc. cit., p. 152.

(3) H. EY : Le Groupe des Paraphrénies (Conférence inédite).

qués, sorcellerie, magie...) « Importance énorme du *récil* proportionnellement inverse à celle de la plainte. » (EY)

2°) *Les paraphrénies fantastiques à thèmes somatiques* (transformation corporelle, d'organes, du sang, des tissus, extraordinaires éclosions et destructions viscérales, fréquence de thèmes sexuels avec accouplements, ovulations, fécondations étranges...)

3°) *Les paraphrénies fantastiques à thèmes cosmiques* (délires au maximum mégalomaniques englobant l'espace, le temps, l'humanité en des mythes fabuleux).

4°) *Les schizophasies* : Ici vergibération, néologisme, salade de mots, rupture des liens sémantiques du langage, ne sont pas noyés dans l'ensemble d'une dissocation schizophrénique, mais contrastent avec l'intégrité de la vie psychique et la possibilité d'un langage normal.

5°) *Les « délires hallucinatoires enkystés »* (Un secteur délirant est réservé dans leur activité). « Tout le délire est mis entre parenthèses sous forme hallucinatoire. » (EY)

En fait, toutes ces variétés peuvent coexister, s'interpénétrer.

2° Paraphrénies méta-maniaques de EY ou Paraphrénies maniaques de NODET.

Elles correspondent aux « *Paraphrénies expansives* » de KRAEPELIN.

Elles se caractérisent par les traits suivants :

1°) Manifestation d'un certain verbiage, d'une exaltation, d'une hyperproductivité. « Si les paraphrènes décrits plus haut sont des *rêveurs*, ceux-ci sont des *créateurs*. » (EY)

2°) « Le masque maniaque persiste » (NODET), mais les troubles profonds de la manie (fuite des idées, agitation psycho-motrice, variation de l'humeur, désordre de la tenue) sont absents.

H. EY distingue deux formes cliniques particulièrement fréquentes :

- 1°) *Paraphrénies expansives mystiques* (surtout délires prophétiques).
- 2°) *Paraphrénies expansives mégalomaniques* (« délires de grandeur »).

3° Paraphrénies méta-mélancoliques de EY ou Paraphrénies mélancoliques de NODET.

Elles se caractérisent par :

- 1°) Un délire mélancolique fantastique d'indignité, d'anéantissement, de négation, de damnation...
- 2°) Mais ces délires n'ont gardé de la « matrice mélancolique » que l'« idée de douleur » et non le « vécu ». « L'émotion douloureuse est pour ainsi dire absente. Ils dévident leur délire d'anéantissement sans grande anxiété ». (EY) « Ce sont des mélancolies surtout idéologiques. » (NODET)

Les deux types les plus fréquents seraient pour EY :

- 1°) *Les délires paraphréniques d'auto-accusation.*
- 2°) *Les délires paraphréniques de négation* : correspondant au *syndrome de COTARD* (délire de négation d'organe et délire de damnation) mais où le « vécu » de la douleur se résoud à l'idée de douleur.

4° Paraphrénies méta-paranoïaques de EY.

1°) Elles se constitueraient après une phase plus ou moins longue de systématisation.

2°) Mais de rationnelle, la pensée devient peu à peu paralogique.

3°) Un signe fréquent de cette transformation structurale est la « transformation classique des idées de persécution en idées à thèmes mégalomaniques ».

4°) De même « la pseudologique fantastique fait éclater le cadre hallucinatoire ; la fabulation, maintenue jusque là dans l'immatérielle mais compacte « objectivité » des voix se répand en flots désordonnés qui submergent à la fois la personnalité et le monde objectif. » (EY)

Telles sont les quatre formes cliniques de la structure paraphrénique. Fondées sur des « traces » toujours discrètes du « processus fondamental », elles restent d'un diagnostic souvent difficile. Et cela, d'autant plus, qu'elles se présentent rarement pures.

B. — EVOLUTION DES PARAPHRÉNIES

Le « processus fondamental » d'origine disparu, (non sans laisser de traces, si discrètes soient-elles, comme nous venons de le voir) le délire paraphrénique se constitue progressivement ou apparaît d'emblée constitué, à l'extinction du processus d'origine.

Deux modalités d'existence peuvent s'observer :

- 1°) Ou bien il s'agit d'une organisation délirante définitivement FIXÉE et qui s'exprime d'une façon fabulatoire ou hallucinatoire immuablement identiques.
- 2°) Ou bien l'organisation délirante, qui survit au processus, « s'enrichit en une sorte d'autodidactisme très actif » (NODET), prolifère de façon indéfinie.

La structure paraphrénique, apparaissant comme « séquentielle », « cicatricielle » (NODET), « survivance » (EY) d'un processus éteint (ce qui n'implique pas une contradiction avec la possibilité d'auto-enrichissement du délire), nous pouvons nous attendre à l'absence totale de tendance à la guérison. Et de fait, les délires paraphréniques réels persistent durant toute la vie du malade.

La nature même de cette structure explique le peu d'influence de la chimiothérapie neuroleptique sur ces

malades et le peu de prise qu'ils semblent donner à l'abord psychothérapique malgré leur bon contact (ou peut-être en vertu de ce qu'il implique). Et, en cela encore, le paraphrène s'oppose au schizophrène.

De même, « la fin des délirants de cette catégorie ne ressemble pas à la fin habituelle et typique des schizophrénies. L'intégrité du fond mental y est absolue jusqu'au bout et il n'y a pas de désagrégation accentuée, de telle sorte que c'est la prolifération délirante qui, jusqu'à la fin, occupe le premier plan du tableau clinique. »

« Généralement, au déclin de la vie du malade, le délire devient moins riche, moins actif (comme l'activité créatrice du sujet normal), mais, même dans leur vieillesse, les malades manifestent encore dans leurs paroles, leurs écrits... que s'ils ne cessent pas de superposer au monde de la réalité leur monde fantastique, ils ne cessent pas non plus de maintenir un bon contact avec le monde réel sous l'irréalité de leur univers artificiel. » (4)

C. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES PARAPHRÉNIES

Le diagnostic différentiel des délires paraphréniques ne pose pas de problèmes spécialement difficiles avec les états psychiatriques aigus tels les *états confuso-oniriques* ou les *bouffées délirantes aiguës*. Les troubles du niveau de conscience, des sphères intellectuelles et affectives, sont tels dans ces états qu'ils s'opposent à l'intégrité de cet aspect de la personnalité du paraphrène. Cependant, ils peuvent marquer un « épisode fécond », qui pourra éventuellement, dans l'avenir, aboutir à une structure paraphrénique, mais il ne s'agit plus alors de diagnostic différentiel mais d'un pronostic hypothétique.

En fait, le diagnostic se pose essentiellement avec les autres états délirants plus ou moins chroniques et en particulier avec les *délires paranoïaques*, les *délires schi-*

(4) PUJOL et EY - Loc. cit. p. 4.

zophréniques, les *syndromes maniaques* et *mélancoliques*. Chacun de ces quatre états met en jeu des problèmes particulièrement difficiles avec chacune des quatre formes cliniques paraphréniques correspondantes.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les quatre tableaux établis par H. EY dans sa conférence inédite « Le groupe des Paraphrénies » et reproduite dans la thèse de CH.-H. NODET.

Remarquons simplement que, dans un but de clarification, les oppositions sont assez poussées. Les caractères de chacun de ces syndromes sont ceux de cas « typiques » d'où l'apparente facilité dans la distinction. En fait, l'atypicité des cas rencontrés dans la pratique rend souvent le diagnostic hésitant et parfois difficile.

Quoi qu'il en soit, ces tableaux de EY résument avec clarté les principaux caractères de ces structures.

1° Critères différentiels des délires paranoïaques et des paraphrénies :

DÉLIRES PARANOÏAQUES	PARAPHRÉNIES
1°) Cohérence du thème.	1°) Constructions fantastiques juxtaposées.
2°) Progression systématique.	2°) Blocs délirants agglutinés.
3°) Pénétrabilité et communicabilité.	3°) Impénétrabilité.
4°) Continuité avec les tendances de la personnalité.	4°) Idéologie néoformée.
5°) Mécanismes normaux ou subnormaux (interprétation ou intuition, projection hallucinatoire des croyances fondamentales).	5°) Mode paralogique de pensée
6°) Signification délirante introduite dans les choses et le moi.	6°) Recouvrement du réel par un monde délirant juxtaposé.
7°) Inconscience du délire.	7°) Conscience partielle du délire (fantaisie, ironie).
8°) Agressivité essentielle.	8°) Agressivité contingente ou absente.
9°) Structure affective fondamentale.	9°) Structure intellectuelle fondamentale.

2° Etats schizophréniques et Paraphrénies :

(La question se pose surtout à propos de la Paraphrénie fantastique ou métaschizophrénique.)

ETATS SCHIZOPHRÉNIQUES	PARAPHRÉNIES FANTASTIQUES
1°) Troubles primaires de la pensée.	1°) Troubles paralogiques dans la construction délirante sans troubles primaires importants.
2°) Evolution vers l'incohérence.	2°) Evolution vers la fabulation délirante.
3°) Dissociation de la personnalité.	3°) Déformation conceptuelle et délirante de la personnalité.
4°) Expériences délirantes permanentes ou à prépondérance nocturne.	4°) Détachement considérable des expériences délirantes initiales ou actuelles.
5°) Monde autistique unique.	5°) Juxtaposition du monde délirant au réel.
6°) Déficit capacitaires des fonctions intellectuelles et de l'adaptation.	6°) Intégrité intellectuelle et excellente adaptation.

3° Critères différentiels des états maniaques et des paraphrénies :

(Le problème se pose surtout à propos des Paraphrénies expansives ou métamaniaques.)

ETATS MANIAQUES	PARAPHRÉNIES EXPANSIVES
1°) Agitation.	1°) Exaltation sans grand désordre des actes.
2°) Fabulation réduite.	2°) Richesse du délire.
3°) Fuite des idées.	3°) Circonscription et approfondissement des thèmes.
4°) Jeu superficiel et variable.	4°) Attitude créatrice et durable.
5°) Stérilité de l'activité.	5°) Production idéologique constante.

4° Critères différentiels des états mélancoliques et des paraphrénies :

(La question se posera devant les paraphrénies mélancoliques ou métamélancoliques.)

ETATS MÉLANCOLIQUES	PARAPHRÉNIES MÉLANCOLIQUES
1°) Stupeur. Inhibition.	1°) Pas de troubles de l'activité psychique.
2°) Anxiété. Dystonie affective douloureuse. Hyperesthésie.	2°) Pas d'émotion douloureuse. Hypersthénie.
3°) Comportement mélancolique (refus d'aliments, mutisme, suicide..).	3°) Pas de comportement mélancolique.
4°) Réduction de l'activité.	4°) Adaptation et activité quasi-normales.
5°) Obscurcissement de la conscience.	5°) Clarté de la conscience.
6°) Coloration mélancolique de l'ambiance.	6°) Juxtaposition du délire à la réalité ambiante clairement conçue.

CHAPITRE VII

QUELQUES REMARQUES SUR LA SIGNIFICATION DU DELIRE PARAPHRENIQUE

« Les structures essentielles de l'homme sont celles qui l'engagent tout entier... Le Dasein de l'homme ne peut exister qu'en référence essentielle avec une extériorité qui est le monde. »

M. CORVEZ.

(La Philosophie de Heidegger - P.U.F.).

La signification d'une chose est sa valeur en tant que « signe ». Le signe est ce qui traduit quelque chose. « Signe (lat. *signum*) : indice d'une chose présente, passée ou à venir » écrit LITRE. Signifier, c'est exister en tant que signe. « *Signifier, c'est indiquer autre chose, et l'indiquer de telle sorte qu'en développant la signification on trouvera précisément le signifié* », écrit SARTRE. ⁽¹⁾

Que traduit donc le « phénomène délirant » et plus particulièrement le phénomène délirant paraphrénique ? Et cette question pourra se poser à propos de la « forme » du phénomène et à propos de son « contenu ».

Précisons d'abord ici ce que nous entendons par « délire ». Il ne s'agit pas d'expériences délirantes aiguës et plus ou moins passagères, telles qu'elles se rencontrent par exemple au cours d'un delirium, d'un état confusonoirique quelconque, d'états plus ou moins oniroïdes ou crépusculaires comitiaux ; il ne s'agit pas non plus des

(1) J. P. SARTRE : Esquisse d'une théorie des émotions. Hermann édit., Paris, 1960, p. 16.

bouffées délirantes hallucinatoires polymorphes (bien que ces dernières peuvent probablement jouer le rôle de « moments féconds » dans la genèse ou le remaniement de certains délires chroniques), ni du délire qui accompagne parfois une forte fièvre, ni encore des expériences hallucinatoires provoquées par les psycho-dysléptiques. Il s'agit ici de ces *Délires* (que H. EY écrit avec un grand « D », dans sa conférence inédite sur les Délires, pour les distinguer des précédents) qui comprennent les Délires chroniques et les formes délirantes de la schizophrénie. Ils évoquent une certaine idée de « chronicité » et une certaine idée de structuration (non forcément définitive puisque dynamique) de la personnalité. Le Délire se révèle défini, à la fois et nécessairement, d'une part par « *l'altération du système de la réalité* » (H. EY) et de l'autre par la « *conviction intime et inébranlable* » (NO-DET) en cette appréhension falsifiée du Moi et du monde.

L'opposition entre Délire (ou état délirant) et l'idée délirante apparaît alors comme un faux problème, toute idée vraiment délirante n'étant que l'extériorisation conceptuelle et partielle d'un vécu profond, affectivement orienté, qui relève bien d'un état délirant. Car, comme l'écrit H. EY, « le Délire est toujours et sous tous ses aspects un « état délirant » et les espèces du Délire dépendent des variétés de la structure dynamique ». (2) Et la structure délirante réalise une organisation globale de la personnalité face au monde et à elle-même, organisation comportant un aspect « défectuel » (parfois presque inapparent, parfois dévastateur) et un aspect de néoformation émergente, toujours présente mais d'importance très variable.

Ces quelques précisions rappelées, essayons brièvement d'esquisser, bien que très incorrectement, quelques ouvertures sur des significations possibles du phénomène paraphrénique.

(2) EY et PUJOL : E. M. C., 37.281, A. 10, 1955.

1° Ouverture sur le « signifiant » ou abord de la « forme ».

Structuralement, la paraphrénie apparaît donc comme émergence d'un monde imaginaire et fantastique coexistant avec une personnalité relativement sauvegardée. Cette émergence prend aux yeux de l'observateur, extérieur au sujet délirant et utilisant une logique rationnelle, un caractère d'irrationnalité qui ne cherche pas à se dissimuler. D'apparence cahotique, parfois fantasmagorique, parfois cosmique, toujours étrange, cette floraison de pensée archaïque obéit cependant à des lois, celles de la pensée magique ⁽³⁾ ; pensée irrationnelle, affective, synchrétique, symbolique, elle présente bien des analogies avec la pensée primitive, si bien décrite par LEVY-BRUHL : formation de mythes, imperméabilité à l'expérience, aux contradictions logiques, pouvoir magique de la pensée, de la parole, du mot, du signe, du symbole, abolition du temps et de l'espace... **Le délire paraphrénique se situe comme épanouissement de ce monde magique dans une personnalité non dissociée et, somme toute, assez peu perturbée.** Cette émergence semblerait peut-être se réaliser à un moment donné, à la faveur d'un épisode de destructuration passager, dont les vestiges restent généralement discrets. **Cette dissolution momentanée semblerait assez vite s'effacer, mais tout se passe comme si elle laissait derrière elle une « fissure » d'où s'échapperaient désormais les instances conflictuelles archaïques qui se figeraient (ou s'enrichiraient) en un monde irréel, imagé et symboliquement travesti.**

(3) Cf. BLONDEL : La conscience morbide, 1912, Alcan édit.
Cf. aussi les travaux de STORCH (1922).

2° Ouverture sur le « signifié » ou abord du « contenu ».

Emergence, comme nous venons de l'entrevoir, de la pensée inconsciente qui rompt ses digues (fragilisées) et s'étend au niveau du conscient, le délire est un « *signifiant* » dont le « *signifié* » est l'expression des phantasmes inconscients. En ce sens, le Délire est « *univers d'une signification projetée* » (NODET). Et il nous livre un matériel, dont l'utilisation serait théoriquement possible en vue d'une élucidation de la structure profonde et dynamique du sujet. La signification économique des contenus de cette projection relève de l'abord psychanalytique. Abord d'intérêt surtout théorique, fécond en compréhension mais probablement pas ici en efficacité thérapeutique, car le paraphrène ne semble guère justifiable d'une psychothérapie puisque son délire résoud justement pour lui (en les projetant sur le plan d'un monde aliéné) les conflits archaïques source de l'angoisse. Nous n'aborderons pas l'aspect psychanalytique de la structure paraphrénique. Contentons-nous de souligner simplement que **c'est dans cette structure que le délire paraît le mieux réaliser sa fonction primordiale d'annulation de l'angoisse.** Et certes, il y réussit mieux que dans la structure paranoïaque (où, à l'angoisse intolérable d'une culpabilité fondamentale se substitue l'angoisse devant un monde hostile et acharné), et que dans la structure schizophrénique où l'angoisse est toujours en instance de réactualisation.

Si nous considérons un instant l'angoisse comme l'unique phénomène pathologique de l'être-au-monde, nous pourrions concevoir le paraphrène comme un sujet pratiquement « guéri ». **En fait, il n'y a « guérison » (c'est à-dire maturation progressive d'une personnalité qui se désinfantilise) que dans une liquidation authentique des conflits archaïques qui permet à l'être de « s'assumer » et non dans la projection de ces conflits en ce monde imaginaire et phantasmatique, juxtaposé au monde réel, que réalise le paraphrène.**

3° L'abord phénoménologique : « l'être en situation paraphrénique ».

Le délire paraphrénique peut aussi être appréhendé en tant que « *fait de conscience* ». Et l'originalité du paraphrène paraît bien résider, par rapport aux deux autres structures délirantes chroniques, en la possibilité de jouer sur deux gammes de « mondes », qui ne s'excluent, ni interfèrent, celui du délire et celui du réel. Son caractère le plus singulier nous semble aussi cette façon déconcertante qu'il possède de passer avec virtuosité d'une gamme à l'autre.

« Nous avons dit, note SARTRE, que la signification d'un fait de conscience revenait à ceci qu'il indiquait toujours la réalité-humaine totale... Et ce qu'elle signifie, c'est bien, en effet, la totalité des rapports de la totalité-humaine au monde. » (4) Ce que SARTRE accorde à n'importe quel « fait de conscience », il ne nous paraît pas impossible de l'appliquer au fait de conscience qu'est le Délire. Car le délire est bien « fait de conscience » puisqu'il est conscience d'un monde, même si ce monde vécu est falsifié par les phantasmes qu'y projette le sujet, même si ce monde vécu est une création purement phantasmatique. Et le passage, chez le paraphrène, du monde objectif au monde subjectif du délire ne peut-il être considéré comme « une modification totale de l'être-dans-le monde selon les lois très particulières de la magie ? » (5) Le délire compris comme « une certaine manière d'appréhender le monde » se constitue ainsi en « forme organisée de l'existence humaine ». (6) La constitution du monde délirant n'est pas sans rappeler cette genèse de l'émotion : « Lorsque les chemins tracés deviennent trop difficiles ou lorsque nous ne voyons pas de chemins, nous ne pouvons plus demeurer dans un monde si urgent et si difficile. Toutes les voies sont barrées, il faut pourtant

(4) SARTRE (J. P.) : Esquisse d'une théorie des émotions, Hermann édit., 1963 (p. 66).

(5) SARTRE - Loc. cit. p. 66.

(6) SARTRE - Loc. cit. p. 17.

agir. Alors nous essayons de changer le monde, c'est-à-dire de le vivre comme si les rapports des choses à leurs potentialités n'étaient pas réglés par des processus déterminés, mais par la magie. » (7)

Et SARTRE insiste un peu plus loin : « La conscience ne se borne pas à projeter des significations affectives sur le monde qui l'entoure : elle vit le monde nouveau qu'elle vient de constituer : cela signifie que, lorsque toutes les voies étant barrées, la conscience se précipite dans le monde magique, elle s'y précipite tout entière en se dégradant ; elle est nouvelle conscience en face du monde nouveau et c'est avec ce qu'elle a de plus intime en elle qu'elle le constitue, avec cette présence à elle-même, sans distance, de son point de vue sur le monde. » (8) A ceci près, entre autre, qu'elle garde, chez le paraphrène, une certaine distance vis-à-vis de son monde irréel auquel la conscience n'adhère qu'avec un certain recul affectif. Le paraphrène vit, à la fois et sans confusion, le monde réel et son monde magique, supportant bien le premier parce qu'ayant le second à sa disposition. En cela réside une des modalités les plus typiques de son « être-au-monde » et un aspect de son mystère.

(7) SARTRE - Loc. cit. p. 43.

(8) SARTRE - Loc. cit. p. 53.

CONCLUSIONS

I

Notre propos était de faire le point sur l'état du problème paraphrénique. Après un bref rappel historique, nous avons tenté de situer le problème, d'une part vis-à-vis de la notion de *Paranoïa* et de la notion de *schizophrénie*, d'autre part vis-à-vis des *Psychoses Hallucinatoires Chroniques*.

Ce dernier problème nous a amené à reprendre brièvement les critiques formulées par CH.-H. NODET au sujet du phénomène hallucinatoire, puis à substituer à une classification fondée sur des « mécanismes » dits générateurs (hallucinations, intuitions, interprétations...) une conception basée sur la structure de la personnalité délirante.

II

Une brève esquisse de la *conception structurale des Délires chroniques* a permis de mettre en évidence les trois grandes structures délirantes chroniques, parmi lesquelles la Paraphrénie trouve sa place naturelle :

- 1°) la *structure paranoïaque* avec son délire rationnellement élaboré et sa personnalité cohérente.
- 2°) la *structure paraphrénique* avec son délire paralogique et sa personnalité cohérente.
- 3°) la *structure paranoïde* avec son délire paralogique et sa personnalité incohérente.

Cet aspect de la question nous a poussé à évoquer l'hypothèse de travail *structuraliste et dynamique* des délires selon l'école de EY et à dire quelques mots des phénomènes de *dissolution* et de *restructuration* de la personnalité.

III

Une enquête portant sur 288 malades nous a livré 102 délires chroniques dont seulement 14 structures paraphrétiques typiques.

Il s'est dégagé cependant de la confrontation de ces observations un certain nombre de données qui peuvent peut-être permettre de préciser certains aspects de la structure paraphrétique et suggérer quelques réflexions :

- 1°) Les paraphrénies constituent un groupe de Délires chroniques, relativement assez peu nombreux, mais doués d'une réalité clinique incontestable.
- 2°) Ce groupe n'est réductible ni à la systématisation paranoïaque, ni à la désagrégation paranoïde, ni au groupe artificiel des Psychoses Hallucinatoires Chroniques.
- 3°) Ce groupe pourrait se définir sémiologiquement par les quatre critères suivants :
 - a) délire non systématisé, mal organisé, apparemment incohérent, obéissant en fait à une logique interne irrationnelle, affective, magique et symbolique.
 - b) Importance des facteurs hallucinatoires et imaginatifs dans l'élaboration délirante et caractère généralement fantastique et luxuriant de celle-ci.
 - c) Longue conservation de la capacité d'utilisation des fonctions intellectuelles.
 - d) Absence de dissociation de la personnalité. (ou discrète et tardive).
- 4°) Mais ce qui confère à ce groupe son originalité propre et son autonomie foncière, c'est la *juxtaposition des deux mondes* : celui du Délire et celui de la Réalité à laquelle le sujet reste bien adapté comme en témoigne l'excellence de son contact.
- 5°) Un dernier élément d'originalité réside d'une part dans l'aisance stupéfiante avec laquelle le sujet passe du monde délirant au monde objectif et aussi dans *la distance qu'il sait garder vis-à-vis de son délire*.

6°) Enfin, l'observation de son évolution historique semblerait montrer, d'une part la constitution à l'âge mûr de cette structure et d'autre part son début par des épisodes plus ou moins aigus (de types confuso-oniriques, expériences hallucinatoires aiguës, délires de persécution, épisodes maniaques ou mélancoliques atypiques). Il paraît s'agir de « *moments féconds* » ouvrant la voie au délire paraphrénique, puis s'éteignant, laissant proliférer ce dernier. Cette évolution semble s'effectuer soit vers une *fixation du délire*, soit vers un « *enrichissement en une sorte d'autodidactisme très actif* ». (NODET) Dans ce cas, on notera une diminution de l'activité hallucinoïde au profit de l'activité fabulatoire.

7°) L'analyse structurale montrera *l'extrême discrétion des signes négatifs* (déficitaires) contrastant avec *l'extraordinaire jaillissement de la symptomatologie positive* (élaboration délirante).

8°) Le délire paraphrénique peut aussi être appréhendé comme un « *signifiant* » qui est émergence sous forme de pensée inconsciente des instances conflictuelles archaïques qui se projettent en un monde irréel et travesti.

9°) Il peut enfin être appréhendé comme un « *signifié* » qui résoud, en les projetant sur le plan d'un monde aliéné, les conflits, source d'angoisse. Et c'est dans cette structure que le Délire paraît peut-être le mieux jouer son rôle fondamental qui est annulation de l'angoisse.

Vu : Le Doyen,
J.-F. CIER.

Vu : Le Président de la Thèse,
Pr J. DECHAUME.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 3 Décembre 1964.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

1. ACHAINTE (A.). — Les Délires. Synthèses cliniques n° 29, *Supplément des Monographies médicales et scientifiques*, n° 110, Juin 1964.
2. AUBIN (H.). — L'homme et la magie. *L'Evol. Psych.*, XVIII, 1, 1953 (143-147).
3. AUBIN (H.). — Pensée magique et psychiatrie. A propos de quelques travaux récents. *L'Evol. Psych.*, XX-2, 1955 (399-404).
4. BALLE (G.). — La Psychose hallucinatoire chronique. *Encéphale*, 1912.
5. BALVET (P.). — Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde. *Thèse de Lyon*, 1936.
6. BALVET (P.). — De l'importance du sentiment de dépersonnalisation dans la pathogénie des délires. *L'Evol. Psych.*, VIII, 4, 1936 (3-26).
7. BARANDE (M^{me}). — Le délire de relation de KRETSCHMER. Entretiens Psychiatriques, *P. U. F.*, 1956.
8. BARUK (H.). — La désorganisation de la personnalité. *P.U.F.*, Paris, 1952.
9. BENOISTON (J.). — La symbolique prélogique d'un délirant. *L'Evol. Psych.*, 28, 283 (Juin 63).
10. BERGSON (H.). — Essai sur les données immédiates de la conscience. *P. U. F.*
11. BERGSON (H.). — L'évolution créatrice. *P. U. F.*
12. BERGSON (H.). — La Pensée et le Mouvant. *P. U. F.*
13. BINSWANGER. — Schizophrénie. Nests Ed., Pfulingen, 1957.
14. BLEULER (E.). — Dementia Praecox oder Gruppe des Schizophrenien. Traité d'ASCHAFFENBOURG (1911). Traduction résumée par Henri EY (1926) suivie de « La Conception d'Eugène BLEULER » et « Des Principes de Huggings JACKSON à la psychopathologie d'Eugène BLEULER » (Congrès des Médecins aliénistes et Neurologistes, Genève-Lausanne, 22-27 juillet 1946). *Cercle d'Etudes Psychiatriques*, 1964.

15. BLONDEL (C.). — Paranoïa et Hallucinations. *Encéphale*, Mai 1910, I, p. 612.
16. BLONDEL (C.). — La Conscience morbide. Alcan éd., Paris, 1914.
17. BONHOMME (J.) et PICHARD (M.). — La notion de réalité chez les délirants. *L'Evol. Psych.*, V. 2, 1933 (9-26).
18. BONNAFE, CHAURAND, TOSQUELLES et CLEMENT. — La notion de structure. *Ann. Méd. Psychol.*, 1945, 1 (89-93).
19. BONNAFE, EY, FOLLIN, LACAN et ROUART. — Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses. Desclee de Brouwer, éd., Paris, 1950.
20. BONNER (H.). — Le Problème du diagnostic dans les troubles paranoïdes. *Ann. Psychiat.*, mars 1951, 107, n° 9.
21. BOREL (P.). — Rêverie et délire de grandeur. *Journal de Psychologie*, 1909.
22. CATALANO (A.). — La Paraphrénie de Kraepelin. *Gior. Psychiat. Neuropathol.*, 1931, 3 (5).
23. CEILLIER. — Les influencés. *Encéphale*, 1924.
24. CLAUDE (H.). — Sur les divers types de Psychoses Hallucinatoires Chroniques. *Progrès médical*, N° 14, 5 avril 1924 (p. 209).
25. CLAUDE (H.). — Diagnostic et valeur sémiologique des manifestations hallucinatoires. *Journal Médical Français*, Mai 1924, p. 169.
26. CLAUDE (H.). — Les Psychoses paranoïdes. *L'Encéphale*, 1925, n° 3.
27. CLAUDE et MONTASSUT. — La compensation idéo-affective. *Encéphale*, 1925, p. 557.
28. CLAUDE (H.). — Rapport. Congrès des Aliénistes, Genève-Lausanne, 1926.
29. CLAUDE (H.). — Mécanisme des Hallucinations. *Semaine des Hôpitaux*. Avril 1926, p. 170.
30. CLAUDE (H.) et SCHIFF (P.). — Le délire d'interprétation à base affective de KRETSCHMER et ses rapports avec le syndrome d'action extérieure. *L'Encéphale*, 1928, p. 411.
31. CLAUDE (H.). — Le syndrome d'action extérieure. *Le Progrès médical*, 7 juin 1930, p. 1015.
32. CLAUDE (H.). — Mécanisme des hallucinations. Syndrome d'action extérieure. *L'Encéphale*, 1930, p. 345.
33. CLAUDE (H.) et EY (Henri). — L'Evolution des idées sur l'Hallucination. *L'Encéphale*, 1932, p. 361.
34. CLAUDE (H.) et EY (Henri). — Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions. *Ann. Méd. Psychol.*, 1932, II, p. 273.

35. CLAUDE et EY (H.). — Hallucinoze. Hallucinations. Les théories neurologiques des phénomènes psycho-sensoriels. *Encéphale*, 1932, I.
36. CLAUDE (H.). — Les variétés du syndrome dit hallucinatoire. *Archives Suisses de Neur. et de Psychiatrie*, 1933, XXXIII, 2, p. 309.
37. CLAUDE (H.). — Paraphrénie et Psychose paranoïde. *Semaine des Hôpitaux*, 1933, p. 417.
38. CLAUDE (H.). — Remarques sur les états dits hallucinatoires. *Progrès Médical*, 1935, p. 954.
39. CLAUDE (H.). — Les délires de jalousie. *Progrès médical*, 7, XII, 1935, p. 1941.
40. CLAUDE (H.). — Délires d'imagination et Paraphrénies. *Concours Médical*, 1936, p. 151.
41. CLERAMBAULT (G. de). — Les psychoses obsessionnelles. *Œuvre*, 311-455, Paris, P. U. F., 1942.
42. CLERAMBAULT (G. de). — Automatisme mental et psychoses hallucinatoires chroniques. *Œuvre*, 1942 (p. 455-656).
43. CLERC. — Le délire fantastique. *Thèse de Paris*, 1926.
44. COSSA. — Approches pathogéniques des troubles mentaux. Ed. Masson, 1959.
45. CREMIEUX (A.). — Sémiologie des délires. *Hôpital*, 1939 (309-314 et 349-360).
46. DELAY (I.), DESHAIES et TALAIRACH. — Paranoïa et paraphrénie. *Soc. Méd. psychol.*, séance du 8-11-1943.
47. DELMAS-MARSALET (P.) et VERDEAU (M^{lle}). — Sur un cas de délire d'imagination. Etude clinique et narcoanalyse. *l'Evol. Psych.*, 1953, XVIII, 1 (67-75).
48. DIDE et CASSIOT. — La Psychose hallucinatoire chronique. *Encéphale*, 1910, II, p. 492.
49. DIDE (M.) et GUIRAUD. — Psychiatrie du Médecin Praticien. Masson éd., Paris, 1929.
50. DURAND, LEDOUX et BENOIT. — A propos des paraphrénies. *Ann. Méd. Psych.*, 1958 (15-59).
51. DUPRE et LOGRE. — Les délires d'imagination. *Encéphale*, 10, III-IV-V, 1911.
52. DUPRE (E.). — Pathologie de l'imagination et de l'émotivité, 1926.
53. ELLENBERGER (H.). — Les illusions de la classification psychiatrique. *L'Evol. Psych.*, Tome XXVIII, Fascicule II, Avril-Juin 1963.
54. ESQUIROL (I. E.). — Mémoire sur les hallucinations (1817) in « *Traité des Maladies Mentales* », 1838.
55. *L'Evolution Psychiatrique*, 1958, N° 2 et 3 consacrés aux schizophrénies.

56. EY (H.). — Quelques aspects généraux du problème des hallucinations. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXII, 2, p. 269.
57. EY (H.). — Etats paranoïdes. *Semaines des Hôpitaux*, Juillet 1931 (p. 430).
58. EY (H.). — Paraphrénie expansive et démence paranoïde. *Ann. Médico-Psychol.*, I (p. 266).
59. EY (H.). — Hallucination et délire. Alcan éd., Paris, 1933.
60. EY (H.). — Hallucinations et délire. *L'Evol. Psych.*, 1935, VII-1 (87-91).
61. EY (H.) et ROUART (J.). — Essai d'application des principes de JACKSON à une conception dynamique de la neuropsychiatrie. *Encéphale*, mai, juin, juillet, août 1936.
- 61 bis. EY (H.). — Les problèmes psychopathologiques de l'activité hallucinatoire. *L'Evol. Psych.*, X, 2, 1938 (3-74).
62. EY (H.). — ESQUIROL et le problème des hallucinations. *L'Evol. Psych.*, XI, 1, 1939 (22-41).
63. EY (H.). — Le groupe des paraphrénies. Conférence non publiée, mars 1933, Révision complète en 1943.
64. EY (H.). — Généralités sur les délires. Conférences inédites (1933-1954).
65. EY (H.). — Etudes sur les délires. Paz Montelvo éd., Madrid, 1950.
66. EY (H.). — La conception de JANET sur les hallucinations et les délires. *L'Evol. Psych.*, XV, 3, 1950 (437-449).
67. EY (H.). — Psychopathologie des délires. *Evol. Psych.*, 1950, n° 4 (539-544).
68. EY (H.). — *Etudes Psychiatriques*, 3 tomes, 2^e éd., Bibliothèque neuro-psychiatrique de langue française (Desclée de Brouwer, Paris, 1952).
69. EY (H.). — La Schizophrénie. *Encyclopédie Méd. chir.*, 1955, *Psychiatrie*. Tome I : 37.281. C-10, 37.282. A. 10 et A. 20, 37.283. A. 10, 37.284. A. 10, 37.284. A. 10, 37.285. A. 10, 37.286. A. 10.
70. EY (H.) et PUJOL (R.). — Groupe des délires chroniques. *Encyclopédie méd. chir., Psychiatrie*. Tome 1, 1955, 37.299, A. 10.
71. EY (H.). — Le centenaire de KRAEPELIN. Le problème des « Psychoses endogènes » dans l'école de langue allemande. *L'Evol. Psych.*, XXI, 4, 1956 (951 à 958).
72. EY (H.). — Les paraphrénies. *Encéphale*, 1957.
73. EY (H.), BERNARD (P.) et BRISSET (Ch.). — *Manuel de Psychiatrie*. Masson éd., Paris, 1960.

74. EY (H.). — La conscience. *P. U. F.*, 1963.
75. FRETET (I.). — La relation hallucinatoire. *Evol. Psych.*, 1949 (121).
76. FREY (B.). — Les conceptions allemandes sur les délires chroniques. *Thèse de Strasbourg*, 1923.
77. GAYRAL (L.). — Précis de Psychiatrie. Ed. Baillière, Paris, 1962.
78. GENIL-PERRIN. — Les paranoïaques. Maloine, 1926.
79. GERARDIN (F.). — Hallucinations hypnagogiques. *L'Evol. Psych.*, X, 4, 1938 (23-33).
80. GREEN (A.). — Délire et imaginaire. *Entretiens Psychiatriques*, N° 4, Ed. Privat, Toulouse.
81. GRIESSINGER (W.). — Traité des maladies mentales. Delahaye, Paris, 1865.
82. GRUHLE (H. W.). — Le délire. *Nerverarzt.*, 1951, 22, n° 4.
83. GUYOTAT. — Les schizophrénies. *Les Monographies médicales et scientifiques*, N° 108, nov.-déc., 1963.
84. GUIRAUD (P.). — Les délires chroniques. *Encéphale*, 1929.
85. GUIRAUD (P.). — Hallucinations et représentation. *Paris Médical*, 6 août 1932.
86. GUIRAUD (P.). — *Psychiatrie générale*, 1950, Ed. Le François, Paris.
87. GUIRAUD (P.). — Rapport sur la psychopathologie du délire. 1^{er} *Congrès Mondial de Paris*, 1950.
88. GUIRAUD (P.). — Psychiatrie clinique, 1956, Ed. Le François, Paris.
89. HAFNER (H.). — Perception délirante et structure interprétative et leurs relations avec la régulation émotionnelle. *Zschr. exp. angew. Psych.*, 1953, 1, (568).
90. HALBERSTADT. — Le groupe des paraphrénies. *Revue de Psychiatrie*, 1912.
91. HALBERSTADT. — Etude des paraphrénies. *Archives de Neurologie*, 1913.
92. HALBERSTADT. — L'Œuvre de KRAEPELIN. *A. M. P.*, avril 1927.
93. HALBERSTADT. — La Paraphrénie hallucinatoire. *Encéphale*, 1933.
94. HALBERSTADT. — Un cas de psychose paraphrénique complexe. *A. M. P.*, 1933.
95. HENDERSON (D.) et GILLESPIE (R. D.). — A text-book of Psychiatry (Trad. fr. de la 7^e éd., *P. U. F.* éd. Paris, 1955).
96. HEUYER. — Psychoses passionnelles. *Sem. Hôp.*, Paris, mai-juin 1928.

97. HUBER (G.). — Le problème du délire de 1939 à 1954. *Fortschr. Neur. Psych.*, janv.-février 1955 (6-58).
98. ISHAM (M.). — Quelques mécanismes dans la paraphrénie. *Ann. méd. Psychiatrie*, 1920, 21 (91-98).
99. JANET (P.). — L'automatisme psychologique, 1883.
- 99 bis. JANET (P.). — Les croyances et les hallucinations. *Rev. Philo.*, 1932.
100. JANET (P.). — Réalisation et interprétation. *A. M. P.*, 1935, II.
101. JACKSON (H.). — Selected Writtings, 1931, Londres.
102. JANZARIK (W.). — La paranoïa. *Arch. fr. Psych. Lehr. Neur. Psych.*, 1949, 183 (328).
103. JASPERS (K.). — Le délire de jalousie. *Zchr. ges. Neur. Psych.*, 1910, 1 (567-637).
104. JASPERS (K.). — Psychopathologie générale. *Trad. Franç.*, 3^e éd., Paris, 1928.
105. JOUANNAIS (I.). — Les délires paranoïdes. *Thèse de Paris*, 1940.
106. KAHLBAUM (Karl). *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten*, 1863.
107. KANT (O.). — Recherches phénoménologiques et dynamiques dans les délires. *Zbl. ges. Neurol. Psych.*, 1934, 67 (510).
108. KAUFMAN. — Zur Pathologie des Ichidials. *Zeitscher. f. d. g. Neuro.*, T. LXV.
109. KEHRER (F. A.). — Remarques critiques sur le problème de la paranoïa. *Nervenarzt*, av. 1951, 22 (121-125).
110. KERAVAL. — Les délires plus ou moins systématisés désignés sous le nom de paranoïa. *Arch. Neurol. Psych.*, 1898, 98 (274-292).
111. KLEIST. — Les schizophrénies paranoïdes. *Actas luso-espan. Neurol. Psiquiat.*, 1951, n° 2 (113-130) et n° 3 (192-204).
112. KLEIST, FAUST, SCHWAB, NEELE et LEONHARD. — Les formes paranoïdes la schizophrénie. *Zschr. ges. Neur. Psych.*, 1941 (172-173), 1942 (175), 1944 (177).
113. KOLLE (K.). — Le délire primaire. *Samml. Psychiat. Neur. Einzeldarstelle*. Leipzig, 1931 (1).
114. KRAEPELIN (E.). — *Handbuch der Psychiatrie*, 1899.
115. KRAEPELIN (E.). — Introduction à la Psychiatrie clinique. Trad. de la 2^e éd. allemande, par Devaux et Merklen, Vigot, éd. Paris, 1907.
116. KRAEPELIN (E.). — *Traité*, 8^e éd. 1913.
117. KRAFT-EBING. — *Traité de Psychiatrie*. F. Enke, éd., Stuttgart, 1893. Trad. par Laurent. Maloine éd., Paris, 1897.

118. KRETSCHMER (E.). — *Medizinische Psychologie*, 5^e éd., 1939, Trad. fr. de JANKELEVITCH, 1927, Payot, Paris.
119. KRETSCHMER (E.). — Le délire de relation des sensitifs. Berlin, 1918, 1^{re} éd., 1950, 3^e éd.
120. KRETSCHMER (E.). — Le développement moderne de la notion de paranoïa. *Nervenzarzt*, 1950, 21 (1).
121. KRETSCHMER (E.). — Paranoïa et sensibilité. Trad. de l'allemand par S. HORINSON, *P. U. F.*, 1963.
122. LAB (P.). — La valeur sémiologique des comportements délirants. *Entretiens Psychiatriques*, n° 7, Ed. Privat, Toulouse, 1962.
123. LACAN (J.). — La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. *Thèse Méd.*, 1932, Paris.
124. LAJOUS (J.). — A propos de quelques observations psychiatriques étiquetées « cas limites ». *Thèse de Lyon*, 1962.
125. LANTERI-LAURA (G.). — La Psychiatrie phénoménologique. *P. U. F.*, Paris, 1963.
126. LASSEGUE (C.). — *Etudes médicales*. Asselin éd., Paris, 1884.
127. LHERMITTE (J.). — Les hallucinations. Réflexions sur le problème des hallucinations « centre de gravité » de la Psychiatrie. *L'Evol. Psych.*, XVI, 4, 1951 (667-673).
128. LEVY-DARRAS. — Les délires d'influence. *Thèse de Paris*, 1916.
129. LY BABALY (A.). — Nosographie et nosologie des délires chroniques. *Thèse de Paris*, 1963.
130. MAGNAN et SERIEUX. — Le délire chronique à évolution systématique. Masson, éd., Paris, 1892.
131. MASSELON (R.). — Les psychoses hallucinatoires chroniques. *L'Encéphale*, n° 2, 7^e année (10-11-1912), n° 3, 7^e année (10-3-1912).
132. MASSELON (R.). — Les hallucinations. *Journal de Psychologie*, 1912, p. 501. *Encéphale*, 1912, I (p. 133).
133. MAYER (W.). — Les psychoses paraphréniques. *Zschr. ges. Neur. Psych.*, 1921, 71.
134. MAYER-GROSS (W.). — Rapport sur la psychopathologie des délires. *Congrès mondial de Psychiatrie*, Paris, 1950, Avanner éd.
135. MERLEAU-PONTY (M.). — Phénoménologie de la perception. Gallimard éd., Paris, 1945.
136. MILLER (W.). — Le syndrome paranoïde. *Arch. Neurol. Psych.*, 1941 (953-963).
137. MINKOWSKI (E.). — De la rêverie morbide au délire d'influence. *L'Evol. Psych.*, 1^{re} série, 2, 1927 (130-184).

138. MINKOWSKI (E.). — Le problème des hallucinations et le problème de l'espace. Quelques réflexions au sujet d'un halluciné. *L'Evol. Psych.*, IV, 2^e série, 3, 1932 (59-76).
139. MINKOWSKI (E.). — Phénoménologie et analyse existentielle en psychopathologie. *Evol. Psych.*, 1948, 4 (137-185).
140. MINKOWSKI (E.). — La Schizophrénie. Nouvelle édition. Desclée de Brouwer, Paris, 1953.
141. MIRCEA ELIADE. — Aspects du mythe, 1963, Ed. Gallimard (NRF) (Coll. « Idées »).
142. MONTASSUT. — La constitution paranoïaque, *Thèse de Paris*, 1924.
143. MOREL (B. A.). — *Traité des Dégénérescences*, 1857.
Traité des Maladies Mentales, 1860.
144. MOURGUE (M. R.). — Neurologie de l'hallucination. *L'Evol. Psych.*, VII, 1, 1935 (91-96).
145. MULLER-SUUR (H.). — Délire et connaissance. *Psych. Neur. Wschr.*, 1943, 45 (270).
146. NACHT (S.). — Contribution à l'étude des facteurs psycho-affectifs dans la genèse des états hallucinatoires. *L'Evol. Psychiat.*, VI, 4, 1934 (39-58).
147. NAYRAC. — La démence paranoïde. *Thèse de Lille*, 1924.
148. NODET (Charles-Henri) — Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. Essai nosographique. (Travail de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale - Pr. H. Claude). *Thèse de Paris*, 1932.
149. *Perpectives psychiatriques*, n° 7, mars-avril 1964. La Paranoïa.
150. PASCAL (C.). — La démence précoce. Paris, 1911.
151. PINEL (P.). — Nosographie philosophique (1798).
152. POROT (A.). — Manuel alphabétique de Psychiatrie. Bibliothèque de Psychiatrie. *P.U.F.*, 1960, Article « Paraphrénie » par KAMMERER (Th.).
153. PRIVAT DE FORTUNIE. — Psychoses paranoïdes. Congrès de Limoges, 1932.
154. RAECKE. — Le délire processif (Quérulance). Munich, 1926.
155. RAYMOND et JANET. — *Obsessions et psychasthénie*, II, p. 506-507.
156. REGIS (E.). — *Précis de psychiatrie*, 6^e éd., 1923, Ed. Douin, Paris.
157. ROGUES DE FURSAC (I.). — *Manuel de Psychiatrie*, 6^e éd., 1923.
158. ROUART (I.). — JANET et JACKSON. *L'Evol. Psych.*, XV, 3, 1950 (485-496).

159. RUMKE (H. C.). — Zur Phaenomenologie und Klinik des Clücksgefühls, 1 vol., Berlin, 1924.
160. RUMKE (H. E.). — Signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirants. *Congrès International de Psychiatrie*, 1950, 1 (125-172).
161. RUMKE (H.). — Rapport sur la psychopathologie des délires. *1^{er} Congrès Mondial de Psychiatrie*, Paris, 1950.
162. SARTRE (J. P.). — L'Imagination. Alcan, Paris, 1936.
163. SARTRE (J. P.) — L'Imaginaire. Gallimard éd., Paris, 1940.
164. SARTRE (J. P.). — Esquisse d'une théorie des émotions. Hermann éd., Nouvelle éd., 1961 (1^{re} éd. 1939).
165. SCHMIDT (G.). — Le délire dans la littérature allemande des 25 dernières années. *Zbl. Neurol. Psych.*, 1940, 97 (113).
166. SCHNEIDER (K.). — La notion de délire (Wahn). *Fortschr. Neurol.*, 1949, 17 (26).
167. SCHNEIDER (K.). — Sur le délire. Thieme éd., Stuttgart, 1952.
168. SCHNEIDER (K.). — Du délire. Réflexions sur le caractère « primaire » du délire. *L'Evol. Psych.*, XX, 4, 1955 (727-730).
169. SCHRODER (P.). — Das Halluzinieren. *Zeitschr. F. d. g. Neuro.*, 1926.
170. SEGLAS (J.). — Diagnostic des délires de persécution systématisés. *Sem. Méd.*, 1890, 50 (419-425).
171. SEGLAS (J.). — Leçons cliniques, 1895.
172. SEGLAS (J.). — Délire de négation, 1897.
173. SEGLAS (J.). — *Journal de Psychologie*, 1907 (p. 240).
174. SEGUIN (C. A.). — Analyse structurale de la psychose paranoïde. *Rev. Neuro-Psiquiat.*, XII, 1942, 5 (522-554).
175. SERIEUX et CAPGRAS. — Les folies raisonnantes. Le Délire d'interprétation. Paris, Alcan, éd. 1903.
176. SERIEUX et CAPGRAS. — Les délires systématisés chroniques en psychiatrie. *Traité de SERGENT*, 1921, I, p. 233.
177. SMYTHIES (I. R.). — Schizophrenias. Ed. Thomas, Springfield, 1963.
178. SUERINCK (E.). — Psychoses délirantes et hallucinations aiguës et schizophrénies. *Thèse de Paris*, 1963.
179. TEILHARD DE CHARDIN (P.). — Le Phénomène humain. Ed. du Seuil.
180. VASCHIDE et VURPAS. — Psychologie des délires, Paris, 1906.
181. WEST (L.). — Hallucinations. Ed. Cyrune et Stratton. New-York, 1962.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — <i>Rappel historique et évolution de la notion de paraphrénie</i>	11
I. <i>Bref rappel des conceptions classiques françaises sur les délires chroniques</i>	12
II. <i>La conception Kraepelinienne des Paraphrénies.</i>	21
III. <i>La réaction de la psychiatrie allemande</i>	25
IV. <i>L'évolution de la notion de Paraphrénie en France.</i>	27
CHAPITRE II. — <i>Situation du problème des délires paraphréniques</i>	33
I. <i>A propos de la conception Kraepelinienne : rapports Paraphrénie-Paranoïa et Paraphrénie-Schizophrénie</i>	33
II. <i>A propos de la conception française : rapports Paraphrénies et Psychoses Hallucinatoires chroniques</i>	36
III. <i>Remarques critiques sur le phénomène hallucinatoire</i>	37
a) <i>Définitions classiques et différentes variétés d'hallucinations</i>	37
b) <i>Conception dynamique du phénomène hallucinatoire comme dissolution fonctionnelle</i>	41
CHAPITRE III. — <i>Esquisse de la conception structuraliste des délires chroniques</i>	47
I. <i>De la structure</i>	47
II. <i>Du dynamisme structural des délires chroniques.</i>	50
III. <i>Les grandes structures délirantes chroniques</i>	52
1°) <i>Paranoïaque</i>	53
2°) <i>Paraphrénique</i>	56
3°) <i>Paranoïde</i>	58
CHAPITRE IV. — <i>Etude clinique</i>	67
I. <i>Observations</i>	67
II. <i>Résultats</i>	103

CHAPITRE V. — <i>Esquisse d'une analyse structurale de la Paraphrénie selon EY</i>	107
A) Structure négative ou « les conditions du fantastique »	108
B) Structure positive ou « la production fantastique »	111
CHAPITRE VI. — <i>Formes cliniques, évolution et diagnostic différentiel</i>	117
CHAPITRE VII. — <i>Remarques sur la signification des délires paraphréniques</i>	127
CONCLUSIONS	133
BIBLIOGRAPHIE	137

